دانشگاه علوم پزشکی
جندی‌شاپور اهواز

**شماره ۱**

# فرم ثبت نام دوره های دستیاری تخصصی، فوق تخصصی، فلوشیپ، دندانپزشکی

| | | | |
|---|---|---|---|
| شماره دستیاری: | | کد ملی: | |
| نام: | نام خانوادگی: | نام پدر: | شماره شناسنامه: |
| محل تولد: | محل صدور: | تاریخ تولد: | جنسیت: |
| وضعیت تاهل: | ملیت: | دین: | تعداد فرزندان: |
| وضعیت نظام وظیفه: | | وضعیت خدمات طرح نیروی انسانی: | |
| آخرین مقطع قبلی: | رشته : | تاریخ فراغت از تحصیل / / ۱۳<br>دانشگاه: | |
| رشته قبولی: | تاریخ آزمون: | مقطع قبولی فعلی: | |
| سهمیه ثبت نامی در آزمون: آزاد ☐ کارکنان ☐ مربیان ☐ استعدادهای درخشان ☐ مناطق محروم ☐<br>خانواده شهدا ☐ رزمندگان ☐ | | | |
| وضعیت اشتغال: شاغل ☐ غیر شاغل ☐ در صورت اشتغال: رسمی ☐ پیمانی ☐ | | | |
| مجوز ادامه تحصیل: مأموریت آموزشی ☐ مرخصی استحقاقی ☐ مرخصی بدون حقوق ☐ استعفاء ☐ | | | |
| نوع سکونت: بومی ☐ غیر بومی ☐ | | نشانی دائم و کدپستی: | |
| آدرس الکترونیکی: | | تلفن ثابت: | تلفن همراه: |
| تلفن همسر: | | شغل و محل کار همسر: | |
| تلفن والدین : | | | |

اینجانب متعهد می شوم چنانچه اطلاعات وارده فوق خلاف واقع باشد طبق مقررات با اینجانب رفتار شود.

امضاء:

**شماره ۲**

دانشگاه علوم پزشکی
جندی‌شاپور اهواز

بسمه تعالی

اینجانب ..... پذیرفته شده آزمون پذیرش دستیار فوق تخصص سال ..... متعهد می‌گردم تا تاریخ ..... فارغ‌التحصیل شوم و در غیر این صورت نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت‌نام از طرف دانشگاه حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:

دانشگاه علوم پزشکی
جندی‌شاپور اهواز

بسمه تعالی

**شماره ۳**

**فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار**
**مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغال ندارند**

اینجانب ..... به شماره دانشجویی/ دستیاری ..... پذیرفته شده در سال تحصیلی ..... رشته ..... دانشگاه علوم پزشکی اهواز اعلام می‌نمایم که در زمان ثبت‌نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان و مؤسسه‌ای بصورت رسمی یا پیمانی مشغول به کار نمی‌باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد و حق هیچ‌گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی
جندی‌شاپور اهواز

بسمه تعالی

**شماره ۴**

# فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق /مأموریت آموزشی مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاه ها یا ادارات دولتی مشغول به کار می باشد

اینجانب ..... به شماره دانشجویی/دستیاری.....پذیرفته شده در سال تحصیلی ..... در مقطع ..... رشته ..... دانشگاه علوم پزشکی اهواز تعهد می‌نمایم با توجه به اشتغال بصورت رسمی ☐ پیمانی ☐ در سازمان/ دانشگاه علوم پزشکی ..... حداکثر ظرف مدت ۲ ماه موافقت بدون قید و شرط محل کار مرخصی بدون حقوق یا مأموریت آموزشی خود را که برابر طول دوره‌ی آموزشی به مدت ..... سال می‌باشد را جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم. در غیراینصورت این دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ: