

فرم ثبت نام دوره های دستیاری تخصصی، فوق تخصصی، فلوشیپ، دندانپزشکی، PH.D

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 / / دانشگاه:	
رشته قبولی:	تاریخ آزمون:	مقطع قبولی فعلی:	
<input type="checkbox"/> سهمیه ثبت نامی در آزمون: آزاد <input type="checkbox"/> کارکنان <input type="checkbox"/> مربیان <input type="checkbox"/> استعدادهای درخشان <input type="checkbox"/> مناطق محروم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> خانواده شهدا <input type="checkbox"/> رزمندگان			
وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> غیر شاغل <input type="checkbox"/> در صورت اشتغال: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/>			
مجوز ادامه تحصیل: مأموریت آموزشی <input type="checkbox"/> مرخصی استحقاقی <input type="checkbox"/> مرخصی بدون حقوق <input type="checkbox"/> استعفاء <input type="checkbox"/>			
نوع سکونت: بومی <input type="checkbox"/> غیر بومی <input type="checkbox"/>		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:			

اینجانب ..... پذیرفته شده آزمون دکتری تخصصی متعهد می گردم تا تاریخ 1400/7/30 فارغ التحصیل شوم و در غیر این صورت نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:

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 می نمایم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان و مؤسسه ای بصورت  
رسمی یا پیمانی مشغول به کار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری  
بعمل آورد و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ:

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 می نمایم با توجه به اشتغال بصورت رسمی  پیمانی  در سازمان/ دانشگاه علوم پزشکی ..... حداکثر ظرف مدت 2 ماه موافقت بدون قید و شرط محل کار مرخصی بدون حقوق یا مأموریت آموزشی خود را که برابر طول دوره ی آموزشی به مدت ..... سال می باشد را جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم. در غیراینصورت این دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

اینجانب ..... پذیرفته شده آزمون دکتری تخصصی ، صحت مندرجات  
فرمهای تکمیل شده ثبت نامی را تأیید می نمایم و متعهد می گردم. در صورت مغایر مدارک ارسالی با اصل، نسبت به  
کان لم یکن تلقی نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:

بسمه تعالی  
فرم تعهد شخصی شماره 1

اینجانب  
صادره از  
فرزند  
ساکن ( نشانی کامل )  
به شماره شناسنامه  
که درآزمون دکتری تخصصی Ph.D رشته  
درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام متعهد می شوم براساس بند 6 ماده 4 آیین نامه آموزشی دوره  
دکتری تخصصی Ph.D مصوب سی و پنجمین جلسه مورخ 86/8/29، اشتغال به تحصیل همزمان  
در این دانشگاه و یا دانشگاه های دیگر و سایر موسسات آموزشی و پژوهشی نداشته باشم . و در صورتی  
که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود. و نیز با توجه به اینکه در  
سازمان/اداره/دانشگاه..... شاغل هستم و با علم به اینکه حضور تمام وقتی در دوره  
دکترای تخصصی Ph.D الزامی می باشد متعهد می شوم حکم ماموریت آموزشی و یا حکم مرخصی  
بدون حقوق سالیانه را حداکثر تا یک ماه پس از ثبت نام و در هر سال قبل از شروع ترم به اداره  
آموزش تحویل دهم .

نام و نام خانوادگی :  
امضاء:  
تاریخ :

مدیریت تحصیلات تکمیلی