

اطلاعیه شماره 2 دانشگاه علوم پزشکی اهواز
راهنمای ثبت نام پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد سال تحصیلی 1400
دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

با سلام و آرزوی توفیق الهی

ضمن عرض تبریک

تذکرات:

تذکره 1:

قبل از شروع مراحل ثبت نام فرمهای گزینش دریافت، تکمیل و به همراه مدارک ذکر شده در ذیل اسکن گردد.
تذکره 2:

پذیرفته شدگان مشمول معافیت تحصیلی (**مختص آقایان**) جهت تمدید، معافیت تحصیلی مقطع کارشناسی الزاما هنگام مراجعه حضوری با در دست داشتن گواهی فراغت از تحصیل مدرک کارشناسی، کپی تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی و یک قطعه عکس به دانشکده مربوطه مراجعه نمایند.

در صورت عدم صدور گواهی ترخیص و یا معافیت تحصیلی قبولی این افراد کان لم یکن تلقی می گردد.

تعهد محضری اسکن شود و در مدارک درخواستی بارگزاری گردد.

- اصل سند تعهد محضری در هنگام مراجعه حضوری ارائه گردد. لازم به ذکر است سند تعهد محضری پذیرفته شدگان شهریه پرداز به همراه نمونه گواهی امضاء مانند نمونه انجام گردد.

تذکره 3: نیازی به شماره دانشجویی در فرمهای پیوست نمی باشد.

لازم به ذکر است تاریخ مرجعه حضوری جهت تطبیق مدارک متعاقبا اعلام خواهد گردید.

از تاریخ 1400/7/19 لغایت 1400/7/22 از تمامی رشته ثبت نام به صورت آنلاین به عمل می آید.

لطفا برای دریافت فرم ها کلیک نمایید.

مدارک مورد نیاز جهت اسکن در سامانه سماء طبق اطلاعیه شماره 4

1- دریافت، تکمیل و فرم های ثبت نام (فرم های شماره 1 و 2 فرم ها به صورت خوانا بدون قلم خوردگی باشد)

2- دریافت و تکمیل فرم های گزینش به همراه مدارک قید شده (فرم ها به صورت خوانا بدون قلم خوردگی).

3- فرم تعهد محضری (پیوست) در یکی از دفتر خانه های اسناد رسمی کشور به ثبت رسیده باشد. لازم به ذکر است سپردن تعهد محضری برای پذیرفته شدگان روزانه نیاز به ضامن ندارد.

4- اسکن عکس رنگی در سال جاری

5- اصل و کپی شناسنامه یا ریز نمرات یا مدرکی که نشان دهنده فراغت از تحصیل باشد. لازم به ذکر است بر اساس مصوبه 25 امین جلسه

شورای سنجش و پذیرش وزارت بهداشت دانشجوین نیمسال آخر که موفق به دفاع از پایان نامه خود نشده اند، در صورتی که تا قبل از

1400/10/30 از پایان نامه خود دفاع نمایند قبولی آنها محفوظ بوده و می توانند در نیمسال دوم 1401-1400 شروع به دوره نمایند.

بدیهی است در صورت عدم فراغت از تحصیل مسئولیت عواقب بعهدہ دانشجو خواهد بود. در صورت وجود این موارد، از ثبت نام فرد

جلوگیری بعمل خواهد آمد و مشمول محرومیت یکساله خواهند شد.

6- اصل و کپی از کارت ملی و شناسنامه (تمام صفحات)

7- دارندگان مدرک معادل-گواهی اتمام دوره با معدل کمتر از میانگین کل 12- دانشجوی محروم از تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد در

صورتی که در همان رشته پذیرفته شده باشد و معایرت معدل مدرک تحصیلی با معدل مندرج در لیست ارسالی از مرکز سنجش مجاز به

تحصیل نمی باشد - عدم اشتغال به تحصیل همزمان در هر مقطعی (بجز رشته های تحصیلی مجازی)

8- گواهی فراغت از تحصیل برای دانشجوین ترم آخر حداکثر تا تاریخ 1400/6/31، مدرکی که نشان دهنده فراغت از تحصیل تا تاریخ

1400/7/31 باشد.

9- اصل و کپی مدرک نشان دهنده وضعیت نظام وظیفه برای پذیرفته شدگان آقا (کارت پایان خدمت، معافیت دائم)

- 10- مدرک نشان دهنده وضعیت سهمیه رزمندگان و ایثارگران برای پذیرفته شدگان مربوط به استفاده از سهمیه رزمندگان و ایثارگران (رزمنده، ایثارگر، جاویدالآثر - جانباز - آزاده - همسر و فرزند شاهد، جانباز 25% به بالا، آزاده، مفقودالآثر)
- ب: پذیرفته شدگان سهمیه 5% رزمندگان و ایثارگران (1- جانباز - فرزند و همسر جانباز کمتر از 25% - همسر و فرزندان رزمندگان دارای حداقل 6 ماه حضور داوطلبانه در جبهه)
- 11- مدرک تایید رتبه برتر از دانشگاه محل تحصیل دوره قبل جهت پذیرفته شدگان رتبه برتر با استفاده از شرایط استعداد درخشان (نمونه کشوری - با آزمون - بدون آزمون)
- 12- ارائه مدرک دال بر 2 سال سابقه کار بالینی با مدرک کارشناسی برای پذیرفته شدگان رشته های پرستاری مراقبت های ویژه، مراقبت های ویژه نوزادان، پرستاری اورژانس، مدیریت پرستاری تا تاریخ 1400/6/31
- 13- حکم مرخصی بدون حقوق و یا ماموریت آموزشی از تاریخ شروع دوره تا پایان دوره جهت مستخدمین دولت
- 14- فیش واریزی به مبلغ 200000 ریال بابت صدور کارت دانشجویی به شماره حساب 201775992 و شماره شناسه 97052811045000079 به نام درآمدهای اختصاصی معاونت فرهنگی و دانشجویی حساب بانک رفاه کارگران شعبه علوم پزشکی
- 15 - مدرک مربوط به تعیین وضعیت بدهی به صندوق های رفاه دانشجویی
- 16- فرم های مربوط به گزینش را دانلود و تکمیل نموده پس از بارگذاری در سایت اصل فرم را هنگام مراجعه حضوری جهت مراجعه به هسته گزینش دانشگاه به همراه داشته باشید.
- ب: سفته به مبلغ 600 میلیون ریال که به امضاء 2 ضامن معتبر رسیده باشد. لازم به ذکر است ضامنین باید کارمند رسمی شاغل و در صورت اشتغال به مشاغل آزاد دارای پروانه معتبر (کسب، مطب، وکالت...) باشند. شایان ذکر است طبق قانون معرفی افراد بازنشسته به عنوان ضامن امکان پذیر نمی باشد. ضمناً ضامنین باید مانند فرم نمونه گواهی امضاء داشته باشند.
- ج: اصل سند تعهد محضری پذیرفته شدگان شهریه پرداز در یکی از دفاتر اسناد رسمی کشور به امضاء 2 ضامن معتبر به ثبت رسیده باشد. ضامنین باید کارمند رسمی شاغل و در صورت اشتغال به مشاغل آزاد دارای پروانه معتبر (کسب، مطب، وکالت...) باشند. (ضامنین طبق قانون معرفی افراد بازنشسته به عنوان ضامن امکان پذیر نمی باشد).
- تذکرات:
- عدم اشتغال به تحصیل هم زمان
- پذیرفته شدگان با استفاده از رتبه های برتر دانشگاهها (استعداد درخشان) نیاز به ارائه مدرک پایان طرح نمی باشند
- داشتن 2 سال سابقه کار بالینی با مدرک کارشناسی برای رشته های پرستاری مراقبت های ویژه، مراقبت های ویژه نوزادان، پرستاری اورژانس، تکنولوژی گردش خون با شرایط زیر
- الف) 2 سال بایستی بعد از تاریخ فراغت از تحصیل دوره کارشناسی باشد. سابقه ی قبل از این تاریخ فارغ التحصیلی مقطع کارشناسی قابل قبول نیست
- ب) سابقه منقطع و متناوب باشد بعد از زمان فارغ التحصیلی کارشناسی که مجموعاً دو سال تکمیل شود، قابل قبول است.
- ج) کلیه سوابق مربوط به کار بالینی (بیمارستان بخش بالینی - شبکه بهداشت - اورژانس و...) قابل قبول می باشد
- د) از نظر زمانی یعنی دو سال کامل، سابقه همزمان قابل قبول نمی باشد.
- به عنوان مثال اگر فردی طی مدت یکسال بصورت همزمان شب و صبح در دو محل مختلف دارای سابقه کار می باشد. این سابقه بدلیل همزمانی قابل قبول نیست)
- عدم ثبت نام مجازی پذیرفته شدگان حداکثر تا تاریخ 1400/7/22 به منزله ی **انصراف** می باشد.

تاریخ مراجعه حضوری به دانشکده ها طبق جدول زمانبندی

ردیف	روز	زمان	رشته	دانشکده
1	شنبه	1400/7/24	بیوشیمی بالینی، انگل شناسی، ویروس شناسی	پزشکی
2	یکشنبه	1400/7/25	میکروب شناسی، علوم تشریحی	پزشکی
3	دوشنبه	1400/7/26	فیزیولوژی، فیزیک پزشکی	پزشکی
4	شنبه	1400/7/24	پرستاری داخلی جراحی، پرستاری مراقبت های ویژه	پرستاری و مامایی
5	یکشنبه	1400/7/25	پرستاری سلامت جامعه، پرستاری کودکان، روان پرستاری	پرستاری و مامایی
6	دوشنبه	1400/7/26	مامایی - مشاوره در مامایی	پرستاری و مامایی
7	شنبه	1400/7/24	انفورماتیک پزشکی- فناوری اطلاعات سلامت	پیراپزشکی
8	یکشنبه	1400/7/25	آموزش هوشبری- تغذیه	پیراپزشکی
9	دوشنبه	1400/7/26	خون شناسی- کتابداری	پیراپزشکی
10	شنبه	1400/7/24	بهداشت محیط	بهداشت
11	یکشنبه	1400/7/25	بهداشت حرفه ای	بهداشت
12	دوشنبه	1400/7/26	آموزش بهداشت، بیولوژی و کنترل ناقلین	بهداشت
13	سه شنبه	1400/7/27	مدیریت خدمات بهداشتی	بهداشت
14	چهارشنبه	1400/7/28	آمار زیستی، ارگونومی	بهداشت
15	شنبه	1400/7/24	فیزیوتراپی	توانبخشی
16	یکشنبه	1400/7/25	فیزیوتراپی ورزشی	توانبخشی
17	دوشنبه	1400/7/26	گفتار درمانی	توانبخشی
18	سه شنبه	1400/7/27	مدیریت توانبخشی	توانبخشی

فرم شماره 1

ثبت نام دوره های کارشناسی ارشد، دکتری تخصصی MPH، Ph.D

شماره دانشجویی:		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:			
مقطع تحصیلی قبلی:		نام دانشگاهی که از آن فارغ التحصیل شده اید:	
سال فراغت از تحصیل:	رشته قبولی فعلی:	مقطع قبولی فعلی:	
دوره قبولی:	سهمیه قبولی:	سال قبولی:	
وضعیت انجام خدمات نیروی انسانی:			
نشانی محل سکونت:			
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	آدرس الکترونیکی:	
نام و نام خانوادگی همسر:		شغل و محل کار همسر:	
تلفن همسر:			
نشانی محل سکونت والدین:		تلفن محل سکونت والدین:	
نام و نام خانوادگی پذیرفته شده:		شماره تماس اضطراری:	
اینجانب متعهد می شوم چنانچه اطلاعات وارده فوق خلاف واقع باشد طبق مقررات با اینجانب رفتار شود. امضاء:			

«بسمه تعالی»

فرم تعهد محضری

اینجانب	فرزند	به شماره شناسنامه	صادره از
ساکن (نشانی کامل)			
که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته	مقطع	از تاریخ	در دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	پذیرفته شده ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت		
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری			
اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف			
هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در			
هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تایید وزارت مذکور			
نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیلاز انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استتکاف			
نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر			
دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهدنامه ابلاغ قانونی			
تلقى می شود			
محل امضاء متعهد:			

معاونت آموزشی و امور دانشجویی
مرکز سنجش آموزش پزشکی

«فرم تعهد محضری دانشجویان پذیرفته شده با استفاده از سهمیه مازاد یا شهریه پرداز»

اینجانب..... فرزند..... شماره شناسنامه..... صادره از.....

متولد..... با کد ملی..... با شماره تماس..... به.....

نشانی.....
که، در آزمون سال در رشته ی..... مقطع تحصیلی..... دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در ظرفیت مازاد با پرداخت شهریه پذیرفته شده ام به موجب این تعهد نامه در برابر دانشگاه علوم پزشکی اهواز متعهد و ملتزم می گردم ضمن رعایت کامل مفاد دستورالعملها و آئین نامه های آموزشی و انضباطی دانشگاه :

1- مبلغ شهریه هر ترم تحصیلی را به میزان مبلغ اعلامی از سوی دانشگاه قبل از انتخاب واحد و وفق زمان بندی اعلام شده از سوی دانشگاه به حساب دانشگاه پرداخت نمایم. چنانچه شهریه مربوطه را در موعد مقرر واریز ننمایم ضمن محروم شدن از انتخاب واحد، دانشگاه حق و اختیار دارد که از ادامه تحصیل اینجانب در آن نیمسال تحصیلی و نیمسال های بعدی به تشخیص خود جلوگیری نماید. و اینجانب حق هرگونه اعتراض نسبت به تبعات حاصله را از خود سلب و ساقط نمودم..

2- کلیه هزینه های مربوط به پایان نامه اعم از فرم ها، مواد لازم و مصرفی، دستمزد همکاران طرح (پایان نامه) و سایر هزینه های مربوط به پایان نامه و طرح های تحقیقاتی بعهده اینجانب می باشد و در صورت عدم پرداخت هزینه های ذکر شده، دانشگاه می تواند ضمن ممانعت از دفاع پایان نامه از اعطای هرگونه گواهی و یا مدرکی منجمله مدرک فراغت از تحصیل به اینجانب خودداری نماید.

3- در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا به هر علتی نتوانم ادامه تحصیل دهم و یا از موسسه اخراج شوم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این تعهدنامه (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم دانشگاه حق دارد تصمیم مقتضی را وفق مفاد تعهد حاضر و به تشخیص خود در مورد اینجانب اتخاذ و اعمال نماید. و متعهد می گردم مبلغی را که دانشگاه جهت خسارت وارده تعیین نماید بطور کامل پرداخت نمایم.

4- چنانچه بنا به ضرورت و با رعایت مقررات به دیگر مؤسسات آموزشی و پژوهشی مهمان موقت شوم متعهد می شوم که به ازای نیمسال تحصیلی مهمانی مبلغی را که دانشگاه علوم پزشکی اهواز تعیین و اعلام می نماید به دانشگاه علوم پزشکی اهواز (مبداء) پرداخت نمایم. بدیهی است که پرداخت شهریه دانشگاه مقصد براساس دستور العمل های مربوط به واحد مقصد خواهد بود. چنانچه از پرداخت شهریه اعلامی واحد مبداء (دانشگاه علوم پزشکی اهواز) خودداری نمایم دانشگاه علوم پزشکی اهواز حق دارد مجوز مهمانی اینجانب را کأن لم یکن نموده و مطابق با مقررات با اینجانب رفتار نماید.

5- کلیه تصمیمات متخذه در هیئت رئیسه، و یا هیأت امناء دانشگاه را پذیرفته و به مفاد آنها عمل نمایم و حق هرگونه اعتراض و یا ادعای بعدی را از خود سلب و ساقط نمودم.

6- ضمن عقد خارج لازم شرط شد که دانشگاه علوم پزشکی اهواز از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل، و در صورت فوت، وصی است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص دانشگاه علوم پزشکی اهواز در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجراییه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.

7- نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند و دانشگاه علوم پزشکی اهواز اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه..... دارای کد ملی شماره

..... شغل..... نشانی..... محل کار

..... کد پستی محل کار..... نشانی محل سکونت

..... کد پستی محل سکونت..... و

آقای / خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه..... دارای کد ملی شماره

..... شغل..... نشانی..... محل کار

..... کد پستی محل کار..... نشانی محل

سکونت..... کد پستی محل سکونت

بابت تضمین تعهد حاضر ظهر سفته های

شماره..... را

بعنوان تضمین و وجه التزام تعهد حاضر امضاء و گواهی نمودیم و با آگاهی کامل از تعهدات متعهد اصلی اعلام می نمایم علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق بر عهده گرفته است متعهد و ملتزم می باشیم که از عهده کلیه دیون و قروضی که متعهد اصلی به دانشگاه علوم پزشکی اهواز دارد و یا خساراتی که وارد نموده باشد از اموال خود برآییم و در صورت تخلف متعهد اصلی از این سند دانشگاه علوم پزشکی اهواز حق دارد بدون مراجعه به هر یک از مراجع قضایی و بدون هیچگونه تشریفات و با اعلام به دفتر خانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجرائیه ثبت برای استیفای حقوق خود اقدام نماید . تشخیص دانشگاه علوم پزشکی اهواز نسبت به وقوع تخلف از تعهدات و کیفیت و کمیت خسارات قطعی و غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش اینجانبان می باشد و موجب صدور اجرائیه از طریق دفتر خانه تنظیم کننده سند خواهد بود متعهد و ضامنین حق هر گونه ادعا و یا اعتراض بعدی را از خود سلب و ساقط نمودند و مسئولیت متعهد و ضامنین در مقابل دانشگاه تضامنی است و دانشگاه حق دارد بدون مراجعه به هر یک از مراجع قضایی علیه متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه هر یک از آنها و یا متضامناً علیه همه آنها اجرائیه صادر نموده و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دانشگاه و خسارات تعقیب نماید و عدم پیگیری دانشگاه از طریق اجرای ثبت برای وصول مطالبات خود مانع از مراجعه به مراجع ذیصلاح قضایی نخواهد بود. این سند تعهد بنا به اظهار و رضایت کامل و به مسئولیت مستقیم متعهد نامبرده فوق تنظیم و ثبت گردید .

محل امضاء متعهد :

محل امضاء ضامن اول:

محل امضاء ضامن دوم :

نمونه گواهی امضاء

دقت نمایید این فقط یک نمونه است و حتماً نباید گواهی امضاء عیناً مانند نمونه باشد.

نمونه شماره 1:

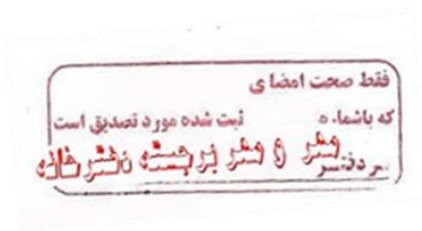
دفتر خانه ثبت اسناد رسمی شماره

چون آقا/ خانم از اینجانب: فرزند

بشماره شناسنامه: صادره: متولد:

ساکن:

تلفن: درخواست گواهی امضاء نموده است، خواهشمند است امضاء اینجانب را گواهی
نمایید.



نمونه شماره 2:

دفتر خانه ثبت اسناد رسمی شماره

احتراماً نظر به اینکه دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور - واحد بین الملل نمونه امضاء مصدق
اینجانب فرزند متولد دارای شماره

شناسنامه صادره از

ساکن

..... که ضامن آقا/ خانم می باشم را درخواست نموده است

خواهشمند است نمونه امضاء اینجانب را در ذیل ورقه تأیید نمایید.

