

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 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 کد پستی:	
آدرس الکترونیکی:		تلفن:	تلفن همراه:
تلفن ثابت:		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 پذیرش دستیار فوق تخصص
سال ۱۴۰۳ متعهد می گردم تا تاریخ ۱۴۰۳/۶/۳۱ 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

اهوازی 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/دستکاری.....پذیرفته شده در سال تحصیلی
.....در مقطعرشته.....

دانشگاه علوم پزشکی اهواز تعهد می نمایم 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 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: