

فرم ثبت نام دوره های دستیاری تخصصی، فوق تخصصی، فلوشیپ، دندانی پزشکی

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:	
سهمیه ثبت نامی در آزمون: آزاد ☐ کارکنان ☐ مربیان ☐ استعدادهای درخشان ☐ مناطق محروم ☐ 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:			

اینجانب پذیرفته شده آزمون پذیرش دستیار فوق تخصص
سال ۱۴۰۴ متعهد می گردم تا تاریخ ۱۴۰۴/۶/۳۱ 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 مقطع رشته.....

دانشگاه علوم پزشکی اهواز تعهد می نمایم با توجه به اشتغال بصور ☐ 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: