



## فرم اخذ تعهد از دانشجویان شهریه پرداز (مازاد)

اینجانب..... فرزند..... صادره از.....  
ساکن..... که در آزمون کارشناسی ارشد/دکتری تخصصی رشته.....  
سال تحصیلی..... پذیرفته شده ام متعهد می گردم با آگاهی کامل از شرایط و  
ضوابط پذیرش دانشجو در سهمیه مازاد با اخذ شهریه شرکت کرده، همچنین تمکن مالی  
جهت ثبت نام در دانشگاه را دارا می باشم و آمادگی خود را نسبت به پرداخت شهریه مصوب  
هیئت امنای دانشگاه و دستورالعمل های وزارت متبوع تایید می نماید.

**تاریخ و امضاء**

**فرم تعهد شماره ۱**

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... ساکن (نشانی کامل) .....  
..... که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته ..... سال .....  
تحصیلی ..... وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و  
غیروابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت  
شود قبولی کان لم یکن تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

**معاونت آموزشی و امور دانشجویی**

**دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی**



## فرم تعهد عدم گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد

اینجانب..... به شماره دانشجویی ..... پذیرفته شده  
نیمسال اول - دوم سال تحصیلی ..... - ..... مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته .....  
دانشگاه علوم پزشکی کرمان با آگاهی از مفاد دفترچه راهنمای آزمون و بر اساس اعلام دبیرخانه  
شورای عالی برنامه ریزی اعلام می دارم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه مشغول  
به گذراندن طرح نیروی انسانی هم زمان با تحصیل نمی باشم و در غیر اینصورت دانشگاه می تواند  
طبق مقررات از ادامه تحصیل اینجانب ممانعت نماید.

**نام و نام خانوادگی**

**تاریخ و امضاء**

(طرح تعیین کد مرکزی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاههای سراسر کشور) سال تحصیلی

نیمسال اول  نیمسال دوم

دانشجوی عزیز: اگر به هر دلیلی فرم را تکمیل نموده و دارای کد مرکزی دانشجویی نباشید فارغ التحصیل نخواهید شد.

مشخصات دانشجو:	نام پدر:	نام خانوادگی:	ش ش:	کد ملی:
نام:	نام خانوادگی:	شهرستان:	بخش:	تاریخ تولد: / / ۱۳
محل صدور: استان:	وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> کفیل فرزندان <input type="checkbox"/>	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	مذهب:
شماره دانشجویی	تابعیت: ایرانی <input type="checkbox"/> خارجی <input type="checkbox"/>	دین:	مذهب:	

دانشکده:

رشته تحصیلی:

گرایش:

مقطع تحصیلی: کاردانی  کارشناسی  دکتری  تخصص  نوع مقطع تحصیلی: پیوسته  ناپیوسته

سال تحصیلی ثبت نام: نیمسال اول  نیمسال دوم

سال شروع به تحصیل: نیمسال اول  نیمسال دوم

دوره: روزانه  شبانه

نوع پذیرش: کنکور سراسری  کنکور اختصاصی  منتقله از خارج

معدل آخرین مدرک تحصیلی:

وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت  معافیت: تکفل  پزشکی  خ شهدا  تحصیلی  پرسنل رسمی ارتش/سپاه/نیروی انتظامی

نوع بورسیه: وزارت بهداشت  ارتش  سپاه  آموزش و پرورش  دانشگاه شاهد

نوع سهمیه ثبت نامی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.  
۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

نوع سهمیه قبولی:

مقطع پیوسته: منطقه ۱  ۲  ۳  رزمندگان  جانبازان  خ شهدا  شاهد  عشایر  آزادگان

مقطع ناپیوسته: کارشناسی ۳۰٪ - افرادی که ترم آخر دوره کردانی هستند و هنوز وارد طرح نشده اند.  
۷۰٪ افرادی که دارای پایان طرح هستند و در سهمیه مربوطه پذیرفته شده اند

فارغ التحصیلان رتبه اول ۱۰٪  کارکنان مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان ۲۰٪  آزاد

آخرین مدرک تحصیلی دانشگاهی: رشته  دانشگاه

آیا شهریه می پردازید؟ بلی  خیر  بومی  غیر بومی  متقاضی خوابگاه هستم  متقاضی خوابگاه نیستم

شماره تلفن:

امضاء دانشجو:

آدرس منزل دانشجو:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء مسئول کنترل فرم:

نام و امضاء اپراتور آموزشی:



شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

**جمهوری اسلامی ایران**  
**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**  
**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان**  
**معاونت آموزشی - اداره کل آموزش**

**امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....**

نظر به اینکه آقای / خانم ..... فرزند ..... دارنده شماره شناسنامه  
..... صادره از ..... فارغ التحصیل مقطع ..... رشته .....  
آن دانشگاه در دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته ..... این دانشگاه پذیرفته شده اند،  
خواهشمند است دستور فرمائید ریز نمرات دوره کارشناسی بانضمام گواهی فراغت از تحصیل نامبرده با ذکر  
سهیمه ثبت نامی در کنکور ورودی، مدت بهره مندی از آموزش رایگان به تفکیک ترم های تحصیلی، میزان وام  
مسکن دریافتی، وام تحصیلی، کمک هزینه (در صورت داشتن تعهد خاصی یا هرگونه تعهد دیگری که دارند) را به  
این امور ارسال نمایند.

**دکتر معصومه زرگران**  
**مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**

رونوشت:

- دانشکده جهت اطلاع

- بایگانی سوابق دانشجو

## بسمه تعالی

### فرم تعهد شماره ۲

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 ایران 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 مود تأیید  
وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد  
استکفاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به صورت  
یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهدنامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به  
وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهدنامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی

فرم شماره ۴

فرم تعهد عدم اشتغال به کار دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد

اینجانب شماره دانشجویی پذیرفته شده نیمسال اول سال تحصیلی

..... - ..... مقطع کارشناسی ارشد رشته دانشگاه علوم پزشکی کردستان با آگاهی از مفاد

آیین نامه آموزشی مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته مصوبه جلسه ۴۳ شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ

۸۹/۵/۱۸ مبنی بر اینکه تحصیل در مقاطع کارشناسی ارشد ناپیوسته تمام وقت می باشد و هرگونه اشتغال غیر از

تحصیل برای دانشجو ممنوع است. اعلام می دارم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در

هیچ سازمان یا موسسه ای اشتغال به کار ندارم و در صورت اشتغال به کار، دانشگاه می تواند طبق مقررات از ادامه

تحصیل اینجانب ممانعت نماید.

نام و نام خانوادگی

امضاء



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیأت مرکزی گزینش دانشجوی

عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد سال .....

تاریخ آزمون: رشته پذیرفته شده: دانشگاه پذیرفته شده: سال فارغ التحصیلی: سال ورود: رشته تحصیلی: محل تحصیل کارشناسی: نشانی دقیق دانشگاه محل تحصیل کارشناسی (جهت دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم تحقیقات و فناوری): تذکر: ۱- چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد. ۲- مدارکی که باید پیوست شود: ۲ قطعه عکس، ۱ سری تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی ۳- قسمتهایی که جواب ندارد با خط تیره مشخص کنید. ۴- کارکنان رسمی دولت و پرسنل رسمی نیروهای انتظامی و نظامی لازم است تصویر حکم کارگزینی خود را ضمیمه نمایند

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام خانوادگی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام:

نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی: تاریخ تولد: محل صدور: دین: مذهب: وضعیت تأهل: وضعیت خدمت وظیفه: تابعیت: نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر: شغل و محل کار همسر: شغل پدر: شغل مادر: آدرس محل زندگی والدین:

متقاضی استفاده از سهمیه:

آزاد ۵۰٪  مناطق محروم ۱۰٪  رزمندگان و ایثارگران  کارکنان وزارت بهداشت  مریبان هیأت علمی

نام دانشگاه های محل تحصیل به صورت میهمانی یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس و تلفن

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت



سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقودالاثرا  آزاده  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با ایشان: محل شهادت، اسارت یا مفقود شدن: زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید: مجروح  جانباز  درصد جانبازی:

مشخصات ۴ نفر افراد مورد اعتمادی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

نام سه نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	گروه آموزشی	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					

آدرسهای محل سکونت بطور دقیق نوشته شود:

آدرس	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فعلی					
قبلی					

سابقه کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه و یا هرگونه توییح کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				

شماره تلفن ضروری جهت تماس

تلفن ثابت داوطلب با کد شهرستان:

تلفن همراه داوطلب:

تلفن همراه یکی از بستگان نزدیک:

اینجانب:..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی ارشد سال ..... دانشگاه علوم پزشکی کردستان این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء تاریخ تکمیل فرم:

(مشخصات دانشجو)

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

دارای شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

محل صدور:

(مشخصات مقاطع قبلی)

کارشناسی پیوسته

کارشناسی ناپیوسته

کاردانی

رشته تحصیلی:

رشته تحصیلی:

رشته تحصیلی:

دانشگاه محل تحصیل:

دانشگاه محل تحصیل:

دانشگاه محل تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

تاریخ فراغت از تحصیل:

دانشنامه و ریز نمرات:

دانشنامه و ریز نمرات:

دانشنامه و ریز نمرات:

وضعیت اشتغال به کار:  بلی  خیر

موافقت از محل کار:  بلی  خیر

نوع استخدام:

(وضعیت خدمت طرح نیروی انسانی)

انجام شده  معاف از طرح  ترخیص از طرح  دانشجوی ترم آخر  مشمول قانون طرح نیستم

(وضعیت خدمت نظام وظیفه)

پایان خدمت  معاف دائم  معاف موقت معتبر  معافیت تحصیلی

آدرس محل سکونت دائمی دانشجو:

شماره تلفن ضروری:

اینجانب

با مشخصات فوق مسئولیت صحت مراتب ذکر شده را بعهده گرفته و متعهد می شوم که کلیه

مقررات آموزشی دانشگاه را در طول تحصیل رعایت نمایم. در غیر اینصورت تابع تصمیمات دانشگاه خواهم بود.

امضاء

تاریخ:

\* مشخصات فردی:

صفحه ۱

کد فرم: ۱۰۰

کد یا شماره ملی:

تاریخ تولد:

جنسیت: زن  مرد

نام:

محل تولد:

نام خانوادگی قبلی:

نام خانوادگی:

محل صدور شناسنامه:

در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:

نام پدر:

دین: اسلام  مسیحی  یهودی

ش.ش:

مذهب در دین اسلام: تشیع  تسنن

\* شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجوی:

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:

کد پستی محل سکونت:

تلفن ثابت محل سکونت:

نشانی دقیق محل سکونت:

تلفن همراه:

\* وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:

وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  معیل

آیا شاغل هستید: بله  خیر

تعداد فرزندان:

در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید.

وضعیت نظام وظیفه: انجام داده

آدرس محل کار در صورت اشتغال:

انجام نداده

معاف از خدمت

\* وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:

شماره دانشجویی:

سال ورود به دانشگاه:

تاریخ ثبت نام:

نیمه تحصیلی سال: اول  دوم

نام رشته:

مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی  کارشناسی

نام دانشکده:

کارشناسی ناپیوسته  کارشناسی ارشد  دکتری

\* وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی

عنوان مدرک:

استان محل اخذ:

نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی:

سال اخذ مدرک:

شهر محل اخذ:

تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:

\* چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

\* اینجانب

صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل



