

تاریخ:

شماره:

به نام خدا

**نمونه فرم اخذ تعهد از فارغ التحصیلان دانشگاهها و موسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور
و دانشجویان فعلی و انصرافی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی کشور**

اینجانب فرزند..... متولد سال

دارای شناسنامه شماره..... صادره از.....

ساکن..... درآزمون سراسری سال

۱۴۰۲ در گروه آزمایشی..... پذیرفته شده ام، متعهد می شوم:

۱. فارغ التحصیل دانشگاهها و موسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور در مقطع بالاتر:

الف- از مقطع کاردانی در رشته های تحصیلی گروه آموزش پزشکی فارغ التحصیل شده ام نشده ام.

ب- از مقطع کارشناسی در رشته های تحصیلی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی پزشکی فارغ التحصیل شده ام نشده ام.

ج- دانشجوی فعلی و انصرافی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی داخل کشور می باشم نمی باشم.

د- قبل از ثبت نام در رشته قبولی جدید، از تحصیل انصراف قطعی حاصل نموده و گواهی از موسسه آموزش عالی ذریبط و

اداره کل امور دانشجویان مربوط را دریافت داشته ام.

تبصره - دانشجویان فعلی دوره روزانه، نوبت دوم (شبانه)، نیمه حضوری و موسسات غیرانتفاعی دانشگاهها و مؤسسات

آموزش عالی که از معافیت تحصیلی استفاده نمی کنند، می توانند بدون انصراف از تحصیل در آزمون سراسری ثبت نام و

شرکت نمایند. بدیهی است در صورت قبولی در آزمون سراسری، این دسته از داوطلبان می بایست قبل از ثبت نام در رشته

قبولی جدید، در رشته قبولی قبلی خود انصراف قطعی حاصل نموده و گواهی مربوط را به مؤسسه ذریبط ارائه نمایند. لازم به

توضیح است که این دسته از داوطلبان حق بازگشت و ادامه تحصیل در رشته قبولی قبلی خود را ندارند.

ضمناً در صورت عدم صحت مطالب فوق این موسسه / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت

بعمل آورده و مطابق مقررات مربوطه اقدام نماید.

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران،**برای کلیه رشته ها در آزمون سراسری**

اینجانب: نام..... نام خانوادگی فرزند متولد سال..... به شماره شناسنامه صادره از..... محل تولد..... ساکن..... که در گروه آزمایشی در آزمون سراسری سال در رشته (بجز رشته های بورسیه) در مقطع دانشگاه یا موسسه آموزش عالی جزو داوطلبان سهمیه منطقه یک و یا سایر سهمیه ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت و وظیفه عمومی به مدت یک برابر زمان تحصیل خود در مناطقی که:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می کند (برای رشته های تحصیلی گروه آموزش پزشکی).

۲- سازمان ها و ادارات دولتی و ارگان ها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می کنند (برای سایر رشته ها).

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان ها و ادارات دولتی و ارگان ها و نهادهای انقلاب اسلامی (بر حسب موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتخانه ها و یا سازمان های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه ها و یا سازمانهای مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت و وظیفه عمومی) از انجام خدمت بنحو فوق استنکاف نمایم وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر استرداد برابر هزینه های سرانه دانشجوی در طول مدت تحصیل از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان می باشد و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه های مربوطه وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجوی را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه های ذیربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجراست.

توضیح: برای رشته های گروه آموزشی پزشکی

- ۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می شود.
- ۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت:

تاریخ:

شماره:

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته شدگان رشته های مختلف گروه آموزشی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سهمیه های مناطق ۲ و ۳ در آزمون سراسری

اینجانب نام: نام خانوادگی: فرزند: متولد سال:
به شماره شناسنامه: صادره از: محل تولد:
ساکن: که در گروه آزمایشی در آزمون سراسری سال در رشته:
..... در مقطع دانشگاه یا موسسه آموزش عالی با استفاده از سهمیه
منطقه ۲ منطقه ۳ پذیرفته شده ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که پس از
گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق علاوه بر تکلیف قانونی خدمت رایگان به مدت یک برابر زمان تحصیل و همچنین تعهدات
منطقه ای (در مجموع دو برابر) خدمت نمایم و به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

۱- شهرستانهای واقع در سهمیه منطقه ثبت نامی در آزمون سراسری

۲- مناطق محروم تر به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمانها، ادارات دولتی، ارگانها و نهادهای انقلاب اسلامی و در
صورت عدم نیاز وزارت مذکور در سایر ادارات و در بخش خصوصی به تشخیص سازمان امور اداری و استخدامی کشور و وزارت کار و
امور اجتماعی خدمت نمایم و چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت به
نحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد دو برابر هزینه های
سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل اقدام و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند از
تحويل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان و نیز خدمت
وظیفه عمومی نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهیم داد. به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم
به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه
اقتدار اینجانب نباشد، دو برابر هزینه های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام
وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازم الاجرا است.

توضیح اینکه:

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می گردد.

۲- تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهد نامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محل سکونت:

فرم معاینات پزشکی

اینجانب: فرزند متولد شماره شناسنامه
 پذیرفته شده در رشته مقطع روزانه شبانه
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

تاریخ:

امضاء دانشجو:

محل گواهی پزشک عمومی

احتراماً، گواهی می شود از نامبرده معاینه بعمل آمد و موارد ذیل برای اطلاع آن دانشگاه اعلام می شود:

علائم حیاتی: PR= RR= BP=

سابقه بیماری:

معلولیت (لطفاً نوع معلولیت قید شود): دارد ندارد نوع معلولیت: شنوایی و گوش بینایی اندامها

امضاء و مهر پزشک

شماره نظام پزشکی:

تاریخ معاینه:

شهر معاینه:

توجه: پزشک محترم ضمن تشکر لطفاً این فرم سربسته و مهر شده تحویل پذیرفته شده گردد.

B= Blood pressure
 RR= Respiratory rate
 PR= Pulse rate
 W=weight
 H=height



معاونت آموزشی - مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

*خواهشمند است اطلاعات زیر را با دقت تکمیل نمایید.

شماره دانشجویی:	دوره:	کد ملی:
نام:	نام خانوادگی:	نام خانوادگی قبلی:
نام پدر:	ش.ش:	محل صدور:
تاریخ تولد: / /	محل تولد:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
دین:	مذهب:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان
آخرین مدرک تحصیلی:	رشته:	تاریخ اخذ مدرک:
محل اخذ مدرک:	معدل:	
وضعیت نظام وظیفه:		
نام رشته قبولی:	نام دانشکده:	مقطع پذیرش تحصیلی:
نوع سهمیه قبولی:		
وضعیت دانشجو قبل از قبولی در این دانشگاه:		
اخراجی <input type="checkbox"/> انصرافی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> سایر موارد (با ذکر نام) <input type="checkbox"/>		
شغل:	نوع استخدام:	
مدت اشتغال:	محل اشتغال:	
نشانی محل سکونت والدین: استان	شهرستان	
خیابان اصلی	خیابان فرعی	کوچه
کد پستی ۱۰ رقمی:		پلاک
نشانی محل سکونت در سنج		
تلفن		
شماره همراه دانشجو		
شماره همراه یکی از والدین		
شماره تلفن منزل		
نام دانشجو:	امضاء دانشجو:	

بسمه تعالی

فرم اخذ تعهد از دانشجویان شهریه پرداز (مازاد)

اینجانب نام:..... نام خانوادگی: فرزند

متولد سال..... به شماره شناسنامه صادره از ساکن

ولی دانشجو در آزمون سراسری سال در گروه

آزمایشی در رشته موسسه آموزشی پذیرفته

شده است متعهد می گردم با آگاهی کامل از شرایط و ضوابط پذیرش دانشجو در سهمیه مازاد با اخذ شهریه شرکت کرده و همچنین تمکن مالی جهت ثبت نام فرزندم در دانشگاه علوم پزشکی کردستان را دارا می باشم.

نام و نام خانوادگی

ولی دانشجو

شناسنامه کامپیوتری دانشجو

شماره دانشجویی:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

جنس: مذکر مونث

شماره شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد/...../.....

استان محل تولد: شهرستان: بخش: محل صدور شناسنامه:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

دین: مذهب: تسنن تشیع سایر

ملیت:

سال اخذ دیپلم: محل اخذ دیپلم:

معدل پیش دانشگاهی: رشته تحصیلی متوسطه:

گروه آزمایشی شرکت در کنکور:

سهیمه ثبت نامی

ترم ورود:

تاریخ ثبت نام:

وضعیت نظام وظیفه:

نوع دوره: روزانه شبانه آموزش آزاد

رشته تحصیلی قبلی:

مقطع تحصیلی قبلی:

نوع سکونت: بومی غیر بومی

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس:

مربوط به دانشجویان کارشناسی ناپیوسته:

رشته تحصیلی دانشگاهی قبلی: دانشگاه قبلی

مقطع تحصیلی دانشگاهی قبلی

تاریخ اخذ مدرک قبلی: معدل اخذ مدرک قبلی:

***مشخصات فردی:** صفحه ۱ کد فرم: ۱۰۰

جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نام خانوادگی قبلی: در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمایید:	تاریخ تولد: محل تولد: محل صدور شناسنامه: دین: اسلام <input type="checkbox"/> مسیحی <input type="checkbox"/> یهودی <input type="checkbox"/> مذهب در دین اسلام: تشیع <input type="checkbox"/> تسنن <input type="checkbox"/>	کد یا شماره ملی: نام: نام خانوادگی: نام پدر: ش.ش:
---	---	---

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

کد پستی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت:	پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت: تلفن ثابت محل سکونت: تلفن همراه:
---	---

***وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:**

آیا شاغل هستید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمایید. آدرس محل کار در صورت اشتغال:	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> معیل <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان: وضعیت نظام وظیفه: انجام داده <input type="checkbox"/> انجام نداده <input type="checkbox"/> معاف از خدمت <input type="checkbox"/>
---	--

***وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:**

سال ورود به دانشگاه: نیمه تحصیلی سال: اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ناپیوسته <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>	شماره دانشجویی: تاریخ ثبت نام: نام رشته: نام دانشکده:
---	--

***وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی**

نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی: تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:	استان محل اخذ: شهر محل اخذ:	عنوان مدرک: سال 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					

این فرم بایستی در یکی از دفاتر اسناد رسمی به طور دقیق و درج همه موارد به صورت خوانا تنظیم و به ثبت برسد. بدیهی است در صورت عدم مطابقت سند تنظیم شده با نمونه فرم برای دریافت تسهیلات موظف به تنظیم مجدد سند می باشد.

(تعهدنامه مخصوص بازپرداخت تسهیلات دریافتی از صندوق رفاه)

متعهد			
شماره ملی :	نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :
تاریخ تولد :	شماره شناسنامه :	محل صدور شناسنامه :	شماره تلفن :
نشانی :	کد پستی :		
توضیحات : دانشجوی دانشگاه/ دانشکده: رشته: مقطع: دوره: شماره سریال شناسنامه: تلفن همراه:			
تلفن ضروری :			

متعهد له			
شناسه ملی :	نام شخص حقوقی : صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت		
تاریخ ثبت: ۱۳۷۳/۱۱/۰۲	شماره ثبت: ۲۹۹۴۴/ت/۰۱/۴۰	محل ثبت: تهران	تلفن: ۸۴۳۱۲۰۰۰
نشانی: خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از خیابان آیت... طالقانی، نبش کوچه گیلان، پلاک ۱۶۰۵ صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۱۳۱۳ کد پستی: ۱۵۹۳۶۳۳۵۴۳			

ضامن			
شماره ملی :	نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :
تاریخ تولد :	شماره شناسنامه :	محل صدور شناسنامه :	شماره تلفن :
نشانی :	کد پستی :		
توضیحات : شاغل در (نام محل کار و شهرستان محل کار): شماره تلفن همراه: شماره سریال شناسنامه:			
به شماره حکم کارگزینی / پروانه کسب: دارنده شماره حساب بانکی: در بانک: شعبه: کد بانک:			
به نشانی (محل کار): تلفن ضروری :			

متعهد - که از تسهیلات صندوق رفاه دانشجویان، وام شهریه، خوابگاه و یا هرگونه تسهیلاتی که از منابع اعطایی اشخاص حقیقی یا حقوقی توسط صندوق پرداخت می گردد، استفاده نموده و از مفاد دستورالعمل نحوه پرداخت و بازپرداخت تسهیلات مذکور و نیز نحوه محاسبه کارمزد مورد مطالبه صندوق رفاه دانشجویان کاملاً مطلع می باشد. ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم بلافاصله پس از اتمام سنوات مجاز مندرج در آیین نامه نحوه استفاده از تسهیلات و یا اعلام فراغت از تحصیل و یا قبل از دریافت هرنوع گواهی تحصیلی، ضمن مراجعه به اداره رفاه دانشگاه، از میزان بدهی تأیید شده از سوی صندوق رفاه دانشجویان اطلاع یافته و تمامی دانش آموزان ملزم به بازپرداخت ده درصد از تسهیلات دریافتی در زمان فراغت از تحصیل می باشند و مابقی بدهی خود را می بایست حداکثر ۶ ماه بعد از فراغت از تحصیل، طبق اوراق بازپرداخت و در سررسید تعیین شده پرداخت نمایند. بدیهی است چنانچه دانش آموخته قبل از مهلت مذکور درخواست مجوز نماید، بازپرداخت اقساط از تاریخ صدور مجوز شروع خواهد شد. همچنین متعهد می شوم، در صورت عدم فراغت از تحصیل (انصراف، ترک تحصیل یا اخراج)، و نیز در صورت تأخیر بیش از سه بار متوالی در بازپرداخت اقساط، کلیه وجوه دریافتی را به صورت یکجا مسترد نمایم. همچنین متعهد می شوم در صورت تأخیر در بازپرداخت اقساط، بدهی خود را به انضمام خسارت تأخیر تأدیه که صندوق رفاه دانشجویان به صورت روز شمار محاسبه و اعلام مینماید به صندوق مسترد نمایم. تأخیر در بازپرداخت بیش از مهلت مقرر کلیه دیون را به دین حال تبدیل نموده و صندوق می تواند از طریق دفترخانه اسناد رسمی تنظیم کننده سند نسبت به صدور اجرائیه علیه اینجانب و وصول اصل و کارمزد و خسارت تأخیر دیرکرد و هزینه های ناشی از اقدام قانونی را به هر میزانی رأساً تشخیص و به دفترخانه اعلام و اقدام نماید. همچنین صندوق رفاه دانشجویان اجازه و اختیار تام و بدون قید و شرط دارد برای وصول مطالبات خود از کلیه شیوه ها و راهکارهایی که صلاح بداند، خصوصاً استفاده از اطلاعات موجود و ذخیره شده در مراکز و پایگاه های اطلاع رسانی کشور و سایر مراکز مشابه و مرتبط استفاده نماید. همچنین متعهد می گردم چنانچه نشانی و شماره تلفن خود را تغییر دادم مراتب را فوراً به این دفترخانه و صندوق رفاه دانشجویان اطلاع دهم.

ضامن - با اطلاع کامل از تعهداتی که متعهد فوق الذکر این سند بابت دریافت تسهیلات صندوق رفاه دانشجویان، وام شهریه، خوابگاه و یا هرگونه تسهیلاتی که از منابع اعطایی اشخاص حقیقی یا حقوقی توسط صندوق پرداخت می گردد، در قبال صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد و در این تعهدنامه ملزم به بازپرداخت آن گردیده، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که چنانچه نامبرده خلاف مقررات مذکور عمل کند، به محض اعلام و تشخیص صندوق رفاه دانشجویان کلیه بدهی متعهد فوق و مطالبات آن صندوق را بدون اعتراض تأدیه نمایم. مسؤلیت ضامن و متعهد در برابر صندوق رفاه دانشجویان تضامنی است و صندوق مزبور می تواند برای هر یک از نامبردگان و یا در آن واحد برای هر دو آنها تقاضای صدور اجرائیه نماید و به هر حال تشخیص و اعلام صندوق رفاه دانشجویان به دفترخانه نسبت به میزان بدهی جهت صدور اجرائیه برای متعهد و ضامن قاطع و لازم الاجرا بوده و غیرقابل اعتراض است. همچنین ضامن به موجب این تعهدنامه به صندوق رفاه دانشجویان اجازه و اختیار تام و بدون قید و شرط می دهد برای وصول مطالبات خود از کلیه شیوه ها و راهکارهایی که صلاح بداند، خصوصاً استفاده از اطلاعات موجود و ذخیره شده در مراکز و پایگاه های اطلاع رسانی کشور و سایر مراکز مشابه و مرتبط استفاده نماید.

تذکره: در صورت فوت ضامن، متعهد ملزم به معرفی ضامن جدید می باشد.

امضاء ضامن

امضاء متعهد

• مدارک لازم جهت ارایه به اداره رفاه دانشجویی دانشگاه:

- ۱- اصل سند تعهدنامه تنظیمی در یکی از دفاتر اسناد رسمی کشور
- ۲- ارائه حکم کارگزینی، فیش حقوقی و یا مدارک منبته مبنی بر اشتغال به کار ضامن شامل کارمندان دولت (رسمی، پیمانی، قراردادی)، کارمندان شرکت های دولتی و خصوصی، کارمندان بانک ها، جانباز دارای حقوق، دارندگان پروانه کسب یا بهره برداری (مانند تاکسیرانی، وکالت، طبابت، تأسیس داروخانه)
- ۳- شناسه ملی صندوق: ۱۴۰۰۲۸۵۶۱۶۸

فرم تشکیل پرونده در مدیریت امور دانشجویی

(دانشجویانی که متقاضی استفاده از تسهیلات دانشجویی و خوابگاه می باشند لازم است این فرم را تکمیل نمایند در

غیر اینصورت به درخواست ایشان ترتیب اثر داده نخواهد شد.)

محل تمصیل : دانشکده پزشکی دندانپزشکی پیراپزشکی پرستاری و مامایی بهداشت

شماره دانشجویی: نام و نام خانوادگی: نام پدر:

شماره شناسنامه: استان محل تولد: شهر محل صدور شناسنامه:

سریال شناسنامه: تاریخ تولد: / / کد ملی:

وضعیت تاهل : مجرد متاهل وضعیت بومی : بومی سندج غیر بومی

متقاضی خوابگاه متقاضی تسهیلات جنسیت : مذکر مونث

وضعیت نظام وظیفه : پایان خدمت فرید خدمت مشمول - معافیت تمصیلی معافیت پزشکی

نوع سهمیه ثبت نامی: نوع سهمیه اینارگری
سال شروع به تمصیل نیمسال اول نیمسال دوم

مقطع رشته پیوسته ناپیوسته

نوع اشتغال / استفاده : محل فعالیت در صورت اشتغال :

آدرس دقیق محل سکونت: کد پستی:

شماره تلفن شماره همراه دانشجو

شماره همراه والدین پست الکترونیکی:

مقاطع تحصیلی قبلی: (توسط دانشجویانی تکمیل شود که مقطع قبلی در دانشگاهی غیر علوم پزشکی تحصیل نموده باشند)

نام دانشگاه محل تمصیل قبلی مقطع رشته تاریخ پایان تمصیل

شماره حساب بانک تجارت: کد شعبه

(برای دریافت وام و یا هر نوع تسهیلاتی درج شماره حساب بانک تجارت در سامانه صندوق رفاه الزامی است)

مدارک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده: ۱- تعهد محضری .. ۲- کپی صفحه اول شناسنامه ۳- کپی کارت ملی ۴-

شماره حساب بانک تجارت. ۵ این فرم (فرم تشکیل پرونده در مدیریت امور دانشجویی)

آدرس لینک اداره رفاه دانشجویان جهت اطلاع از فرم ها ، تعهد محضری ، تسهیلات رفاهی

<https://www.muk.ac.ir/Page?pageId=4094>

تاریخ درخواست

قابل توجه دانشجویان متقاضی تسهیلات (خوابگاه ، وام)

(راهنمای تکمیل فرم تعهد محضری)

- در تهیه و تنظیم تعهد محضری توجه به موارد ذیل الزامی است ، در صورت مشاهده هر گونه مغایرت ، دانشجو جهت تنظیم مجدد باید به دفترخانه اسناد رسمی مراجعه نماید .
- ۱_ متن تعهد باید دقیقاً مانند فرم نمونه باشد .
 - ۲_ تمامی بندهای ذکر شده در قسمت تعهد باید بدون کم و کاست تکمیل گردد .
یادآوری : کد پستی ، تلفن ثابت و تلفن همراه مورد تاکید می باشد .
 - ۳_ اطلاعات متعهد له باید کاملاً دقیق و مطابق فرم نمونه تکمیل گردد .
 - ۴_ مشخصات ضامن مورد تایید صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت :
- الف) کارمند رسمی یا پیمانی ادارات دولتی باشد و ثبت شماره حکم کارگزینی ضامن در تعهد الزامی می باشد و ارائه حکم کارگزینی به واحد رفاه الزامی می باشد.
- ب) کاسبی که دارای پروانه کسب (مانند تاکسیرانی ، وکالت ، طبابت ، تاسیس داروخانه) باشد و باید شماره پروانه کسب در تعهد قید گردد . پروانه کسب دارای تاریخ معتبر باشد .
- ج) د) ارائه حکم ضامن یا جواز کسب ضامن به همراه اصل سند محضری به اداره رفاه الزامی می باشد .
- ذ) یک برگ کپی از سند محضری جهت ثبت در پرتال دانشجویی نزد دانشجو الزامی می باشد .

قابل توجه دانشجویان محترم

آدرس لینک اداره رفاه دانشجویان جهت اطلاع از

فرم ها ، تعهد محضری ، تسهیلات رفاهی

<https://www.muk.ac.ir/Page?pageId=۴۰۹۴>