

به نام خدا

کلیه فرمهای

مذکور در این

اطلاعیه

بسمه تعالی

از : دانشگاه / موسسه آموزش عالی .....

به : دانشگاه تربیت مدرس

به اطلاع می رساند آقای/خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....

دانشجوی دوره ..... مقطع کارشناسی پیوسته / ناپیوسته رشته تحصیلی

..... تا تاریخ  تاریخ  فارغ التحصیل شده

۱۳۹۵/۶/۳۱ فارغ التحصیل خواهد شد.

شایان ذکر است اشتغال به تحصیل نامبرده مورد تایید شورای عالی انقلاب فرهنگی یا وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و یا

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. مراتب برای اطلاع آن مرجع اعلام شده و فاقد هرگونه ارزش دیگری می

باشد.

ضمناً معدل کل واحد های گذرانده شده وی ..... تا تاریخ ..... می باشد.

مهر و امضاء مسئول امور آموزشی دانشگاه / موسسه آموزش عالی

فرم ۳۱

مختص مشمولین در حال انجام خدمت وظیفه (الزام به ترخیص)

بسمه تعالی

مدیریت محترم آموزشی دانشگاه تربیت مدرس

با سلام و احترام، به استحضار می‌رساند اینجانب با مشخصات زیر پذیرفته شده از طریق در حال حاضر مشغول انجام خدمت وظیفه می‌باشم، لذا خواهشمنداست نامه ترخیص از خدمت صادر و به اینجانب ارائه گردد:

مقطع قبولی:

نام:

رشته قبولی:

نام خانوادگی:

تاریخ شرکت در آزمون:

شماره ملی:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

توجه: در صورتیکه کلیه مدارک بارگذاری شده، توسط آموزش دانشگاه تایید شد. پس از چاپ گواهی پذیرش غیرحضور از سیستم گلستان، برای دریافت نامه ترخیص به ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ - امور مشمولین دانشگاه مراجعه فرمایید.

مختص پذیرفته شدگان داخل فرجه قانونی (یکساله)

پذیرفته شده رشته  
فارغ التحصیل شده ام و داخل

دارای کدملی  
دوره  
در تاریخ

فرزند  
مقطع

اینجانب

فرجه یکساله می‌باشم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

مختص پذیرفته شدگان دو دانشگاهی (انصراف از دانشگاه قبلی)

مقطع  
پذیرفته شده رشته  
مقطع

دارای کدملی  
سال

فرزند

اینجانب

دوره آن دانشگاه می‌باشم و با توجه به اینکه ورودی سال  
رشته می‌باشم، متعهد می‌گردم تا روز ثبت نام حضوری، نامه انصراف از تحصیل دانشگاه قبلی خود را به  
امور مشمولین دانشگاه - ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ ارائه نمایم. در غیر اینصورت تابع مقررات خواهم بود.  
توجه: به این گروه از پذیرفته شدگان تا ارائه نامه انصراف از دانشگاه مقطع قبل، کارت دانشجویی تعلق نمی‌گیرد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:



اینجانِب	فرزند	متولد(روز،ماه،سال)	دارای	شناسنامه	شماره
صادر از	محل تولد	به شماره کد ملی	پذیرفته		
شده در رشته	مقطع	دوره	تعهد می نمایم:		

۱- تعهد تسویه حساب با محل تحصیل قبل و پیگیری تائیدیه تحصیلی و ریز نمرات  
مراحل تسویه حساب خود را با موسسه آموزشی مقطع قبل حداکثر تا ۲ ماه آینده به پایان رسانده و پیگیر ارسال تائیدیه تحصیلی و ریزنمرات مقطع قبلی خود به دانشگاه تربیت مدرس باشم. درغیراینصورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۲- تعهد انجام انتخاب واحد در هر ترم تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی  
تا پایان تحصیل، هر نیم سال تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی مراحل انتخاب واحد خود را به طور کامل و در زمان مقرر انجام دهم. درغیراینصورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۳- تعهد انجام تسویه حساب در زمان قطع رابطه دانشجویی  
در زمان قطع رابطه دانشجویی(فارغ التحصیلی، انتقالی، انصراف، اخراج) نسبت به تسویه حساب با این دانشگاه در اسرع وقت اقدام نمایم. درغیراینصورت عواقب آن بر عهده اینجانِب است.

۴- تعهد عدم تحصیل همزمان در ۲ دانشگاه  
در دانشگاهها یا سایر موسسات آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ثبت نام نکرده و اشتغال به تحصیل ندارم و متعهد می شوم در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانِب لغو شود. همچنین خود را موظف به حضور در دانشگاه در زمانهایی که گروه و استاد راهنما تعیین می کنند می دانم. درغیراینصورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۵- تعهد درج اطلاعات صحیح و مدارک در زمان ثبت نام  
با توجه به اطلاعات و مدارک ارائه شده توسط اینجانِب، صحت اطلاعات و مدارک ارسالی مورد تایید اینجانِب می باشد و متعهد می شوم در صورت عدم تطابق با اصل و یا مغایرت آنها با واقعیت قبولی اینجانِب لغو گردد و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

۶- تعهد خدمت و بهره مندی از مزایای آموزش رایگان در دانشگاهها و موسسات آموزش عالی (پذیرفته شدگان دوره های روزانه)  
با اطلاع کامل از لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۱۳۵۹/۳/۱۲ شورای انقلاب اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف و وظایف خود علاقه مند هستم در طول تحصیل از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نموده و تعهد می نمایم که برابر مدت استفاده از تحصیلات رایگان، در هر موسسه ای که وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری مقرر نموده خدمت نمایم.

۷- تعهد ارایه اطلاعات و مدارک مطابق با شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل  
با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل در مقطع قبولی اقدام به ارایه اطلاعات و مدارک نموده ام و در هر مرحله از ثبت نام و هنگام تحصیل، چنانچه مشخص گردد حقایق را کتمان نموده و یا اطلاعات غلطی ارائه و یا واجد شرایط نمی باشم، قبولی اینجانِب «کان لم یکن» تلقی شده و تابع مقررات خواهد بود.  
خواهشمند است دستور فرمائید ثبت نام اینجانِب طبق مقررات انجام شود.

نشانی و کدپستی محل تحصیل مقطع قبل (اجباری)

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

## فرم اطلاعات وضعیت طرح نیروی انسانی پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد

فرم شماره ۳۴

### وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پذیرفته شدگان موارد زیر را به دقت کامل نموده و با درج علامت X مشخص و در صورت لزوم، مدرک وضعیت طرح خود را به پیوست این

فرم ارسال نمایند.

نام خانوادگی: فرزند: صادره:

کد ملی: تاریخ تولد:

رشته تحصیلی مقطع قبل: تاریخ فراغت از تحصیل مقطع قبل:

لطفاً بر حسب مورد با درج علامت X وضعیت طرح خود را مشخص نمایید:

پایان طرح  معافیت از طرح  مشمول طرح نیستم  دانشجوی ترم آخر  ترخیص از طرح

لطفاً وضعیت طرح نیروی انسانی خود را با توجه به توضیحات زیر با درج علامت X مشخص نمایید:

۱- گواهی پایان یا معافیت از طرح برای فارغ التحصیلان رشته های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی.

۲- گواهی پایان یا معافیت از طرح و یا هرمدرکی که نشان دهنده وضعیت طرح باشد برای فارغ التحصیلان رشته های: پرستاری، اتاق عمل، هوشبری، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی، فوریت های پزشکی، پرستاری دندانپزشکی و بهداشت دهان به شرح ذیل:

الف- افرادی که قبل از تاریخ ۹۳/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده اند.

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۹۳/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده و در آزمون سال ۹۴ شرکت نموده اند.

ج- اتباع خارجی دارای شناسنامه ایرانی در زمان فارغ التحصیلی

۳- افراد زیر نیازی به ارائه پایان یا معافیت از طرح ندارند:

الف- بقیه رشته ها (به جز رشته های مندرج در بند ۱ و ۲)

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۹۳/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده و در آزمون سال ۹۴ شرکت نکرده اند.

ج- پذیرفته شدگان که در لیست ارسالی توسط مرکزسنجش پزشکی به عنوان استعداد درخشان معرفی شده اند.

د- اتباع خارجی

اینجانب ضمن تایید صحت موارد فوق اعلام می دارم که به لحاظ وضع طرح تعهد خدمت از نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، منعی برای ثبت نام و ادامه تحصیل ندارم. در غیر این صورت عواقب مترتب بر آن به عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ و امضاء:



۵- مشخصات چهار نفر معرف مورد اعتماد غیر خویشاوند قابل دسترس از محل تحصیل یا کار که نسبت به شما شناخت کافی داشته باشند، در جدول زیر مرقوم فرمایید (حتی المقدور فرهنگی بوده و در یک استان سکونت داشته باشند)

نام و نام خانوادگی	نوع رابطه	مدت آشنائی	شغل معرف	نشانی- تلفن محل تحصیل و محل کار- همراه

۶- نشانی محل سکونت خود را در جدول زیر قید نمایید:

نشانی	استان	شهر	خیابان	کوچه	پلاک
قبلی					
فعلی					

۷- دو شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری با شما تماس گرفت:

شماره تلفن منزل	
شماره تلفن همراه	
شماره تلفن محل کار	

۸- دواطلبانی که دارای سابقه همکاری و عضویت در ارگانها و نهادهای انقلابی (سابقه حضور در جبهه، عضویت در بسیج، سپاه پاسداران، انجمن‌های اسلامی، دارالقرآن، ایثارگران و ...) می‌باشند، ضروری است اصل گواهی مربوطه را از دستگاه ذیربط اخذ و به ضمیمه این فرم ارسال دارند.

۹- فرم مشخصات در سه نسخه تکمیل و الصاق عکس شود و یک نسخه کپی از تمام صفحات شناسنامه، تصویر کارت ملی و اصل فیش بانکی به مبلغ ۲۹۰/۰۰۰ ریال در وجه حساب شماره ۴۰۰۱۰۲۱۱۰۱۰۰۷۴۸۹ یا ۴۰۰۱۰۳۱۱۹۰۲۱۷۲۱۹۰۰۱۰۰۳ خزانه داری (بانک ملی) کل به ضمیمه این فرم روز ثبت نام تحویل گردد.

اینجانب ..... از نظر قانونی و شرعی مسئولیت صحت کلیه مندرجات این فرم را تعهد می‌نمایم.

تاریخ:

امضاء