

به نام خدا

کلیه فرمهای

مذکور در این

اطلاعیه

فرم جایگزین مربوط به سهمیه رزمندگان

اینجانب	فرزند	دارای کد
ملی	پذیرفته شده رشته	
مقطع	دوره	بدلیل عدم دسترسی و تهیه فرم

استفاده از سهمیه رزمندگان متعهد می شوم تا حد اکثر تا پایان مهر ماه اقدام به ارائه اصل فرم سهمیه مذکور به اداره پذیرش، ثبت نام و امورمشمولین نمایم در غیر این صورت قبولی اینجانب لغو شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

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

..... در تاریخ فارغ التحصیل شده است.

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:

نام: _____
نام خانوادگی: _____
شماره ملی: _____
مقطع قبولی: _____
رشته قبولی: _____
تاریخ شرکت در آزمون: _____

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)

اینجانب پذیرفته شده رشته	فرزند	دارای کدملی		
مقطع	دوره	در تاریخ	فارغ التحصیل	
شده ام و داخل	فرجه یکساله می باشم.			

نام و نام خانوادگی:
تاریخ و امضاء:

مختص پذیرفته شدگان دو دانشگاهی (انصراف
از دانشگاه قبلی)

اینجانب رشته	فرزند	دارای کدملی	پذیرفته شده	
مقطع	دوره	آن دانشگاه می باشم و	رشته	
دانشگاه	سال	مقطع	مقطع	
با توجه به اینکه ورودی سال	دانشگاه	نام تحصیل از تحصیل	نام تحصیل از تحصیل	
می باشم، متعهد می‌گردم تا روز ثبت نام حضوری، نامه انصراف از تحصیل دانشگاه قبلی خود را به امور	مقطع	دوره	مقطع	
مشمولین دانشگاه - ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ ارائه نمایم. در غیر اینصورت تابع مقررات	دانشگاه	دوره	مقطع	
خواهم بود.	دانشگاه	دوره	مقطع	

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:

فرم (۲۳) تعهدات چندگانه

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

۱- تعهد تسویه حساب با محل تحصیل قبل و پیگیری تأییدیه 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 تأییدیه تحصیلی و ریز نمرات مقطع قبلی خود به دانشگاه تربیت مدرس باشم. در غیر این صورت 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. در غیر این صورت 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. در غیر این صورت عواقب آن بر عهده اینجانب 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 اینجانب لغو شود. همچنین با توجه به اینکه تحصیل در دوره های دکتری به صورت تمام وقت می باشد خود را موظف به حضور در دانشگاه در زمانهایی که گروه و استاد راهنما تعیین می کنند می دانم. در غیر این صورت 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 اینجانب، صحت اطلاعات و مدارک ارسالی مورد تأیید اینجانب می باشد و متعهد می شوم در صورت عدم تطابق با اصل و یا مغایرت آنها با واقعیت قبولی اینجانب 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 ۱۳۵۹/۲/۱۲ 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 بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر نموده خدمت نمایم.

۷- تعهد تحصیل به صورت تمام وقت

با اطلاع کامل از اینکه تحصیل در دوره دکتری به صورت تمام وقت می باشد. متعهد می شوم به صورت تمام وقت در این دانشگاه تحصیل نموده و وظایف آموزشی و پژوهشی خود را تا زمان دفاع از رساله انجام دهم.

۸- 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 واجد شرایط نمی باشم، قبولی اینجانب «کان لم یکن» تلقی شده و تابع مقررات خواهم بود.

۹- تعهد تکمیل فرمهای صلاحیت های عمومی

با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط ثبت نام مشروط نسبت به تکمیل فرم صلاحیت های عمومی اقدام نموده ام. خواهشمند است دستور فرمائید ثبت نام اینجانب طبق مقررات انجام شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

بسمه تعالی

آزمون کارشناسی ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم مشخصات مربوط به بررسی صلاحیت عمومی داوطلبان

دوره های کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس سال ۱۳۹۶

محل الصاق

عکس

۳ × ۴

تذکر مهم: تکمیل دقیق این برگ برای بررسی پرونده شما ضروری است و هر گونه نقص باعث تاخیر در اعلام نتیجه خواهد شد.

رشته قبولی کارشناسی ارشد :

۱- مشخصات داوطلب:

نام خانوادگی :		<input type="text"/>											
نام :		<input type="text"/>											
نام پدر:	شماره شناسنامه:	شماره ملی	تاریخ تولد:										
محل تولد:	شغل پدر :	دین:	تابعیت:	وضعیت تاهل : مجرد	متاهل								
تعداد فرزندان :													
در صورت تاهل اطلاعات ذیل مربوط به همسر تکمیل گردد:													
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	میزان تحصیلات:	شغل:										
نشانی محل کار و شماره تلفن:													

۲- وضعیت تحصیلی:

مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	کشور	دانشگاه محل تحصیل	شهر محل تحصیل	شروع	پایان	معدل
کاردانی							
کارشناسی							

۳- وضعیت شغلی :

مشاغل	سازمان یا نهاد	پست سازمانی	نوع استخدام	استان	شهرستان	شروع	پایان	نشانی و شماره تلفن محل کار
قبلی								
فعلی								

- لازم است کارکنان رسمی دولت در صورت معرفی از دستگاه متبوع برای ادامه تحصیلی برگ گواهی اشتغال به کار خود را در زمان ثبت نام از کارگزینی دستگاه متبوع دریافت و به ضمیمه این فرم ارسال دارند.

۴- چنانکه تاکنون در آزمون ورودی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی شرکت نموده‌اید جدول زیر را تکمیل نمایید.

آزمون سال	استان	شهرستان	نتیجه گزینش	ملاحظات

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 ذیل مرقوم فرمائید (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

۶- نشانی محل سکونت خود را در جدول ذیل قید فرمائید.

نشانی	استان	شهر	خیابان	کوچه	پلاک
قبلی					
فعلی					

۷- 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 یک 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 ۴۰۰۱۰۲۱۱۰۱۰۰۳ یا ۲۱۷۲۱۱۹۰۰۱۰۰۳ خزانه داری (بانک ملی) کل به ضمیمه این فرم روز ثبت نام تحویل گردد.

از نظر قانونی و شرعی مسوولیت

اینجانب

صحت کلیه مندرجات این برگ را تعهد می‌نمایم.

تاریخ:

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 : نام
فرزند : صادره :
تاریخ تولد : کد ملی :
رشته تحصیلی مقطع قبل : تاریخ فراغت از تحصیل مقطع قبل :

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

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

لطفا 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 ویا هرمدركي 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 ۹۴/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده اند.

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۹۴/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده ودرآزمون سال ۹۵ 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 ۹۴/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده ودر آزمون سال ۹۵ شرکت نکرده اند.

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

د- اتباع خارجی(به جز بند ج-ردیف ۲ فوق الذکر)

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 :