

قابل توجه پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان

ضمن تبریک،

لازم است کلیه پذیرفته شدگان با در دست داشتن اصل واسکن مدارک ذیل و فرم های ثبت نامی از تاریخ 94/6/16 لغایت 94/6/17 به اداره کل آموزش - واحد تحصیلات تکمیلی مراجعه نمایند:

1- شش قطعه عکس 3x4

2- اصل و کپی شناسنامه از تمام صفحات (3سری)

3- اصل و کپی کارت ملی (3سری)

4- اصل و کپی دانشنامه و ریز نمرات کارشناسی ارشد که نشان دهنده فراغت از تحصیل باشد. لازم به ذکر است دانشجویان ترم آخر نیز می بایست مدارکی که نشان دهنده فراغت از تحصیل تا تاریخ 91/06/30 باشد ارائه نمایند .

5- اصل و کپی کارت پایان خدمت یا معافیت دائم یا مدرکی که نشان دهنده وضعیت نظام وظیفه باشد.

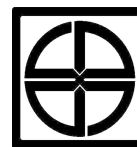
6- گواهی وضعیت طرح نیروی انسانی (اتمام طرح نیروی انسانی، معافیت یا ترخیص از طرح نیروی انسانی)

آدرس:

میدان معلم بلوار بسیج - ستاد مرکزی دانشگاه - معاونت آموزشی - واحد تحصیلات تکمیلی

شماره تماس 023-33448955 داخلی 2317

023-33450661



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در ایران - تهران

سرگامی

فرم تعهد عام شماره 2 دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب
از ساکن (نشانی کامل)

فرزند

به شماره شناسنامه

صادره

که با هزینه دولت برا ادامه تحصیل در رشته

مقطع

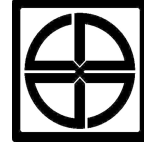
سال تحصیلی

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان پذیرفته شده‌ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می‌شوم ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده‌ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد به عمل 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 مورد تائید 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 می‌باشد استنکاف نمایم متعهد می‌گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارت خانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

نام و نام خانوادگی :

محل امضاء متعهد

تاریخ



**فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار
دانشجویان کارشناسی ارشد**

اینجانب پذیرفته شده در نیمسال اول \diamond نیمسال دوم \diamond سال تحصیلی 13 - 13 بدینوسیله اعلام می‌دارم که به عنوان کارمند رسمی در استخدام در استخدام هیچیک از سازمان های دولتی و یا وابسته به دولت نمی‌باشم.

بدیهی است در صورت احراز عدم صحت مراتب فوق دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری نماید.

نشانی محل کار

امضاء

نشانی محل سکونت :

شماره تلفن تماس در مواقع ضروری:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

بسمه تعالی

محل الصاق عکس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد

گروه پزشکی

تاریخ آزمون رشته انتخابی:

دانشگاه محل تحصیل رشته تحصیلی: سال ورود: سال فارغ التحصیلی:

تذکره ۱: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن ترتیب اثر داده نخواهد شد.

تذکره ۲: قسمتهایی که جواب ندارد یا خط تیره مشخص گردد.

تذکره ۳: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

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

نام خانوادگی:

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

نام:

کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: محل:

تولد: دین: مذهب: وضعیت تاهل: وضعیت خدمت وظیفه:

تابعیت: نام و نام خانوادگی قبلی:

نام و نام خانوادگی همسر: میزان تحصیلات همسر:

شغل و محل کار همسر: شغل پدر: شغل مادر:

آدرس محل زندگی والدین:

مقامی استفاده از سهمیه: آزاد مرخص هبت علمی رزندگان و ایثارگران

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت همجان یا انتقالی:

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

وضعیت اشتغال خدمت قطعی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	سوابق	تاریخ شروع و حکنه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن



سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگن اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

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

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

نسبت فامیلی شما با وی: محل شهادت اسارت معنوی شدن: زمان:

چنانچه جانباز می باشید درصد آن را بنویسید: آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره	مدت آشنایی	نوع آشنایی	تلفن
۱					
۲					
۳					

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشگاه یا هیئت مدیران	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

ردیف	استان	شماره	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
طناب					
طناب					

سابقه عضویت کیش و یا عضویت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هرگونه توییح کشی و شتابی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید یا ذکر نوع فعالیت در یک خط شرح دهید:

.....

شماره تلفن ضروری جهت تماس: شماره: E-MAIL:

ایجاباتی: داوطلب شرکت در آزمون تخصصی در رشته: دانشگاه علوم پزشکی این فرم را صادقانه و با دقت

تکمیل نموده و مسوولیت صحت مدارک را بعهده گرفته در صورت اذیت حلال مطالب خود حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء: