

فرم شماره ۱

اینجانب آقا/خانم دکتر که در رشته دوره پذیرفته شده ام با اطلاع کامل از مقررات دستיاری در مورد بهره مندی از هزینه تحصیلی اعلام میدارم که در هیچ موسسه دولتی و غیر دولتی اشتغال بکار انتفاعی ندارم. در صورت بروز هر گونه مغایرت با صحت مراتب فوق حق هیچ گونه اعتراض نسبت به اقدامات دانشگاه نخواهم داشت.

امضاء تاریخ

افرادی که با استفاده از ماموریت آموزشی و مرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیر انتظامی اشتغال به تحصیل دارند قسمت ذیل را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی :

رشته پذیرفته شده :

موسسه اشتغال بکار :

مجوز دستیاری به صورت مرخصی بدون حقوق ماموریت آموزشی

امضاء تاریخ

فرم شماره ۲

تعدادارائه پایان یا ترخیص از تعهدات قانونی

اینجانب پذیرفته شده در آزمون پذیرش دستیار تخصصی
دندانپزشکی مهرماه ۹۸ ، متعهد می گردم تا تاریخ ۹۸/۶/۳۱ گواهی پایان یا معافیت و یا نامه
ترخیص از انجام تعهدات قانونی را از مراجع ذیربط جهت شروع از اول مهر ارائه نمایم؛ در
غیر این صورت نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه حق هرگونه اعتراض را
از خود سلب نمایم .

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

رشته قبولی:

امضاء:

فرم شماره ۳

فرم تعهد عدم مغایرت مدارک ارسالی با اصل مدارک

اینجانب پذیرفته شده در آزمون پذیرش دستیار تخصصی رشته سال مهرماه ۹۸، صحت مندرجات فرم های تکمیل شده ثبت نامی را تأیید می نمایم و متعهد می گردم در صورت مغایرت مدارک ارسالی با اصل، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

رشته قبولی:

تاریخ و مهر نظام پزشکی: