



بسمه تعالی

تاریخ:  
شماره:  
پیوست:

### تعهد نامه

اینجانب

پذیرفته شده رشته

مقطع

متعهد می شوم که در هیچیک دواپر دانشگاههای دولتی و یا وابسته به دولت مشغول به خدمت نمیباشم . بدیهی است در صورت مشخص شدن هرگونه مغایرت کلیه عواقب و مسئولیتهای قانونی ناشی از آن متوجه اینجانب گردیده و سیستم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هیچگونه مسئولیتی در این خصوص نخواهد داشت . از

امضاء

تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن: ۰۲۱-۸۳۳۸۷۱۱۱ www.chmu.ac.ir

## تعهد نامه

اینجانب

پذیرفته شده رشته

متعهد می شوم نسبت به تکمیل مطالب مندرج در فرم ها و ارائه مدارک بر اساس دستورالعمل ثبت نامی اقدام نمایم. چنانچه مطالب تکمیل شده و یا مدارک ارائه شده مغایر با دستورالعمل باشد دانشگاه برابر مقررات و ضوابط اقدام نماید.

امضاء

## برگه تقاضا نامه برای بهره مندی از مزایای آموزش رایگان

شماره دانشجویی :

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شماره پرونده :

اینجانب (نام و نام خانوادگی)	فرزند	متولد سال
دارنده شماره شناسنامه	صادره از	پذیرفته شده سال
رشته	دوره روزانه دانشکده	که با اطلاع کامل از لایحه
قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون وسائل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۵۹/۳/۱۲ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف قانونی خود علاقمند هستم درطول تحصیل از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم .		
تقاضادارم دستور فرمایند نام اینجانب را طبق مقررات ثبت نام نمایند.		

امضاء دانشجو

تاریخ

آدرس دائم دانشجو:

آدرس موقت دانشجو :

آدرس ولی دانشجو :

تلفن ضروری که بتوان با آن تماس گرفت :

اینجانب متعهد میگردم که در صورت تغییر آدرس در اسرع وقت مراتب را به آموزش کل دانشگاه اطلاع دهم در غیر اینصورت مسئولیت عدم وصول مکاتبات بعهدہ اینجانب خواهد بود.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

**فرم واحد رایانه**

- ۱- تکمیل این فرم جهت کلیه دانشجویان الزامی است.  
 ۲- مسئولیت عدم تکمیل هر یک از موارد ذیل بعهده دانشجو می باشد.

❖ مشخصات دانشجو: شماره دانشجویی:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
محل صدور شناسنامه:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:
وضعیت نظام وظیفه:	تابعیت:	دین / مذهب:
آدرس ایمیل:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:
آدرس:		

❖ مدارک تحصیلی قبلی

کارشناسی:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:
کارشناسی:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:
کارشناسی ارشد:	دانشگاه:	تاریخ فراغت از تحصیل:

❖ مشخصات تحصیلی

رشته قبولی:
مقطع قبولی:
سهمیه ثبت نامی:
لیسانس قبولی:
رتبه پذیرش:

(در صورتیکه آخرین مدرک تحصیلی شما دیپلم می باشد تاریخ اخذ دیپلم را قید نمایید)

تاریخ تکمیل فرم:  
 نام و امضاء دانشجو:



بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
هیئت مرکزی گزینش دانشجو

محل الصاق عکس

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون  
مرکز حرفه‌ای  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ آزمون ..... رشته قبولی دوره کارشناسی ارشد .....

دانشگاه محل تحصیل کارشناسی ..... رشته تحصیلی ..... از سال ..... لغایت سال .....

(چنانچه فارغ التحصیل دانشگاه آزاد و یا دانشگاه پیام نور میباشید نام واحد دانشگاهی را ذکر نمائید)

تذکره 1: چنانچه این فرم ناقص تکمیل گردد به آن تریب اثر داده نخواهد شد.

تذکره 2: قسمتهایی که جواب ندارد را با خط تیره مشخص فرمائید.

تذکره 3: مدارکی که باید پیوست شود: دو قطعه عکس، تصویر صفحات شناسنامه و کارت ملی

نام: .....

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

نام خانوادگی: .....

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

شماره ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: .....

محل تولد: ..... دین: ..... مذهب: ..... وضعیت تأهل: ..... وضعیت خدمت و 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: .....

مقتضی استفاده از سهمیه:  آزاد  مناطق محروم  رزمندگان و ایثارگران  مریدان هیات علمی  اتباع غیر ایرانی  بورسیه نیروهای مسلح   
نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهمان یا انتقالی:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	مهمان یا انتقال
1				
2				

وضعیت اشتغال خدمت فنی و تعهدات قانونی:

فعالیت فنی	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
طرح خارج از مرکز					

داوطلب گرامی در صورتی که در استخدام رسمی نیروهای نظامی، انتظامی و یا دواير دولتی می باشيد آخرین حکم کارگزینی  
مهور به اصل مهر کارگزینی را ضمیمه فرم نمائید.

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
1				
2				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهاد های دولتی :

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
1						
2						

وابستگی درجه یک خانواده شهید  مقنود الازهر  اسپهر  نام و نام خانوادگی ایشان ..... نسبت فامیلی شما با وی .....

محل شهادت (شهادت/اسارت/مقنودالترشدن) ..... زمان ..... چنانچه جانبازی باشد درصد آن را بنویسید .....

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید:  خیر

مشخصات 3 نفر از افراد مورد اطمینانی که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی	تلفن
1					
2					
3					

نام 3 نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	دانشکده یا بیمارستان	آدرس
1				
2				
3				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه اقامت	تلفن
فصلی					
قلمی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی :

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
1				
2				

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر فعالیت در یک سطر شرح دهید:

شماره تلفن ضروری جهت تماس : ..... همراه : ..... e-mail.....

اینجانب ..... داوطلب شرکت در آزمون کارشناسی سال ..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تنظیم فرم و امضاء