

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 (3 سری)

3- اصل و کپی کارت ملی (3 سری)

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



فرم تعهد شماره 1 دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره

از ساکن (نشانی کامل)

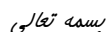
که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته سال تحصیلی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام ، متعهد می‌شوم که در سایر
موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا
بالتر ثبت نام نکرده‌ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود
قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

امضاء

تاریخ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی، استان سمنان

فرم تعهد عام شماره 2 دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب

فرزند

به شماره شناسنامه

صادره

از ساکن (نشانی کامل)

که با هزینه دولت بر 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 تأیید 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 اخطاریه ها و ابلاغ ها 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 ☐ نیمسال دوم ☐ سال تحصیلی 13 - 13
مقطع کارشناسی ارشد رشته بدینوسیله اعلام می‌دارم که به عنوان کارمند رسمی
در استخدام می‌باشم . (دراستخدام 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:

امضاء دانشجو :

اسد علی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکزی گزینش دانشجو

فرم مشخصات شرکت کنندگان در آزمون کارشناسی ارشد

گروہ پنہاکی

دانشگاه محل تحصیل رشته تحصیلی سال ورود سال فارغ التحصیلی

لذا که ۱: چنانچه این فریم ناقص تکمیل گردد به آن فریم، اسم داده نخواهد شد.

تذکره ۱۲: قسمتهایی که جواب ندارد با خط قرمز مشخص گردد.

قدکمه ۳ امدار کی که باید پیوست شود: ذوق طبعه عکس، تصویر، تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی

[illegible]

نام خانوادگی:

..... 16

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:

☐ مقاضای استفاده از سهمیه ! ☐ آزاد ☐ مربیان هیئت علمی ☐ رزیدنت‌گان و اطفال‌گسار ☐

نام دانشگاههای محل تحصیل به صورت مهیای یا انتقالی :

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهن یا استان
۱				
۲				
۳				

و طبیعیت اشتغال خدمت فعلی و تعهدات قانونی:

نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آموزش مقدماتی و فنی

تاریخ: ۱۳۸۵/۰۵/۰۵

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه:

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان احیاء کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی:

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

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

نسبت فامیلی شما با وی: محل شهادت: اسارت و معنوق شدن زمان:

چنانچه جانباز می باشید درجه آن را بنویسید: آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید ☐ 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	شغل	مدت آشنایی	نوع آشنایی	ظن
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 پیمانستان	گروه آموزشی
۱				
۲				
۳				

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه خدمت	ظن
محل					
قبای					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشتی دانشگاهها یا هرگونه توقیف گشتی و ششای در کمیته انضباطی

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

چنانچه دارای وابستگی گروهبانی می باشید یا ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:

.....

شماره ظن خبری جهت تماس: شماره: E-MAIL:

ایمپل: داوطلب شرکت در آزمون دانشگاهها از جمله: دانشگاه علوم پزشکی این فرم را صافانه و با دقت

تکمیل نموده و سوابق صحت مدارجات را به همراه گرفته در صورت اثبات خلاف مطالب فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل فرم: امضاء