**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 1**

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان مبني بر داشتن تمامی شرايط و ضوابط عمومي و اختصاصي دفترچه راهنماي آزمون**

اينجانب‌ : ................................................ فرزند ........................ متولد سال‌ ................ داراي‌ شناسنامه‌ شماره‌ ........................................................ صادره‌ از ........................... ساكن ................................‌كه‌ در در دوره‌ روزانه ‌/ نوبت دوم (شبانه) رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌هاي‌ آموزشي‌ مختلف‌ از دوره‌ كارداني‌ (فوق‌ ديپلم‌) به‌ دوره‌ كارشناسي ‌ناپيوسته‌ سال‌ 1403 در گروه‌ آموزشي‌ ............................................... در رشته تحصيلي ............................................... (كد رشته‌محل ................) دانشگاه‌/ مؤسسه آموزشي‌ ............................................................. پذيرفته‌ شده‌ام، گواهي مي‌نمايم:

داراي همه شرايط و ضوابط عمومي و اختصاصي مندرج در دفترچه راهنماي آزمون فوق هستم.

لذا متعهد مي‌شوم كه در‌صورت‌ عدم‌ صحت‌ مطالب‌ فوق‌ اين‌ مؤسسه آموزشي /‌ دانشگاه‌ مي‌تواند از تحصيل‌ اينجانب‌ در هر مقطعي‌ از تحصيل‌ ممانعت‌ به‌عمل‌ آورده‌ و مطابق‌مقررات‌ مربوط‌ اقدام‌ نمايد.

**تاريخ‌: نام‌ و نام‌ خانوادگي‌ :**

 **امضا:**

**بنام خدا**

 **فرم شمارۀ 2**

**فرم تعهد مبني بر تسويه با صندوق رفاه دانشجويان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

اينجانب‌ : ........................................................... فرزند ......................... متولد سال‌ ............... داراي‌ شناسنامه‌ شماره‌ .................................................... صادره‌ از .................................... ساكن ............................ ‌كه‌ در امتحان‌پذيرش‌ دانشجو در دوره‌ روزانه‌/ نوبت دوم (شبانه) رشته‌هاي‌ تحصيلي‌ گروه‌هاي‌ آموزشي‌ مختلف‌ از دوره‌‌ كارداني‌ (فوق‌ ديپلم‌) به‌ دوره‌ كارشناسي‌ناپيوسته‌ سال‌‌ 1403 در گروه‌ آموزشي‌ ............................ در رشته تحصيلي ........................................................... (كد رشته محل .................. ) ‌مقطع‌ كارشناسي ناپيوسته دانشگاه‌ علوم‌ پزشكي‌ و خدمات‌ بهداشتي‌ - درماني ........................................................... پذيرفته‌ شده‌ام‌، باتوجه‌ به‌ ضيق‌ وقت‌ بدين‌ وسيله‌ متعهد مي‌شوم‌ كه‌ هنگام‌ ثبت‌‌نام‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال‌ تحصيلي‌ 1404-1403 گواهي‌ دال‌ برتسويه‌ حساب‌ يا موافقت‌ صندوق‌هاي‌ رفاه‌ دانشجويان‌ وزارت‌ بهداشت، درمان‌ و آموزش‌ پزشكي‌ را براساس‌ دستورالعمل‌ بازپرداخت‌ وام‌هاي ‌رفاه‌ دانشجويان‌ مصوبه‌ جلسه‌ هيأت‌ وزيران‌ تاريخ 23/5/1382 به‌ آموزش‌ دانشگاه‌ علوم‌ پزشكي‌ و خدمات‌ بهداشتي‌- درماني‌ تحويل‌ دهم‌ و درصورت‌ عدم‌ تحويل‌ گواهي‌ فوق، آن‌ آموزش‌ اجازه‌ دارد كه‌ از ثبت‌نام‌ اينجانب‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال ‌تحصيلي‌ 1404-1403 جلوگيري‌ به عمل آورده‌ و در اين‌صورت‌ اينجانب‌ حق‌ هيچگونه‌ اعتراضي‌ را نخواهم‌ داشت.

**تاريخ : نام‌ ، نام‌ خانوادگي‌ و امضا :**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 3**

**فرم تعهد مبني بر تسويه با صندوق رفاه دانشجويان سازمان امور دانشجويان وزارت علوم، تحقيقات و فناوري**

اينجانب‌ : ....................................................... فرزند .............................. متولد سال‌ ............... داراي‌ شناسنامه‌ شماره ............................................. صادره‌ از .............................. ساكن‌ .............................. كه‌ در آزمون پذيرش‌ دانشجو از دوره‌ كارداني‌ به‌ دوره‌ كارشناسي‌ ناپيوسته‌ سال 1403 در گروه‌ آموزشي‌ ................................... در رشته تحصيلي .............................................................. ‌(كد رشته محل ............. ) مقطع‌ كارشناسي ناپيوسته مؤسسه / دانشگاه‌ .............................................................. پذيرفته‌ شده‌ام‌، باتوجه‌ به‌ ضيق‌ وقت‌ بدين‌‌وسيله‌ متعهد مي‌شوم‌ كه‌ هنگام‌ ثبت‌نام‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال‌ تحصيلي‌ 1404-1403 گواهي‌ دال‌ برتسويه‌ حساب‌ يا موافقت‌ صندوق‌هاي‌ رفاه‌ دانشجويان‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري را براساس‌ دستورالعمل‌ بازپرداخت‌ وام‌هاي‌ رفاه ‌دانشجويان‌ مصوبه‌ جلسه‌ هيأت‌ وزيران‌ تاریخ‌ 23/05/1364 به‌ آموزش‌ دانشگاه‌ تحويل‌ دهم‌ و درصورت‌ عدم‌ تحويل‌گواهي‌ فوق، آن‌ آموزش‌ اجازه‌ دارد كه‌ از ثبت‌‌نام‌ اينجانب‌ در نيمسال‌ دوم‌ سال‌ تحصيلي 1404-1403 جلوگيري‌ به عمل‌ آورده‌ و اينجانب‌ حق‌ هيچ‌گونه‌ اعتراضي‌ را نخواهم‌ داشت.

**تاريخ : نام‌ و نام‌ خانوادگي‌:**

 **امضا :**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 4**

**فرم ‌مخصوص ‌اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان‌ رشته‌هاي تحصيلي گروه‌هاي آموزشي مختلف در آزمون دوره‌هاي كارداني (فوق ديپلم ) به دوره‌هاي كارشناسي ناپيوسته سال‌ 1403 (مختص دوره‌هاي روزانه)**

**اينجانب‌: ........................................... فرزند ................... متولدسال‌ .............. داراي شناسنامه ‌شماره ‌...................................... صادره‌از........................ محل‌تولد ........................ ساكن‌ ........................ كه‌‌ در آزمون‌ كارداني ‌به كارشناسي ناپيوسته نيمسال اول / دوم ‌سال تحصيلي 1404-1403 ‌در رشته‌ تحصيلي .................................................... (كد رشته محل ............) در مقطع‌كارشناسي ناپيوسته دانشگاه /دانشكده/ آموزشكده/ مؤسسه آموزش عالي................................................................ پذيرفته‌ شده‌ام،‌ در كمال‌ ميل‌ و اختيار ضمن‌ عقد خارج‌ لازم‌ متعهد و ملتزم‌ مي‌شوم‌ كه‌ پس‌ از گذراندن‌ دوره‌ تحصيلي‌ در مقطع فوق پس از تعيين تكليف خدمت وظيفه عمومي (براي برادران ) به‌مدت‌ يك برابر زمان‌ تحصيل‌ خود در صورت نياز و به تشخيص و معرفي وزرارت علوم، تحقيقات وفناوري/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي خدمت نمايم. چنانچه‌ ظرف يكسال‌ پس‌ از پايان‌ تحصيل‌ (بدون‌ احتساب‌ خدمت‌ وظيفه‌ عمومي‌ براي برادران) از انجام‌ خدمت‌ مذكور به‌ نحو فوق‌ استنكاف‌ نمايم‌، وزارت‌ علوم، تحقيقات و فناوري / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مجاز و مختار است برابر هزينه‌هاي‌ سرانه‌ دانشجو ‌در طول‌ مدت‌ تحصيل‌ از تحويل‌ مدارك‌ تحصيلي‌ تا انجام‌ خدمت‌ مذكور خودداري‌ نمايد. مفاد اين تعهد به معني اجراي تعهد آموزش رايگان است و به موجب اين تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقيقات و فناوري / وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي وكالت مي‌دهم در صورت ‌تخلف‌ از مفاد اين‌ تعهد و استنكاف‌ از آن‌ كه‌ خارج‌ از حيطه‌ اقتدار اينجانب‌ نباشد، برابر هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ سرانه‌ دانشجو ‌ را در مدت‌ تحصيل‌ از اموال‌ اينجانب‌ برداشت‌ نمايد. تشخيص‌ وزارت‌ علوم، تحقيقات وفناوري/ وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي در مورد كيفيت‌ تخلف‌ و ميزان‌ هزينه‌هاي‌ مصروفه‌ غير قابل‌ اعتراض‌ بوده‌ و صرف‌ اعلام‌ وزارتخانه‌هاي مذكور براي‌ اينجانب ‌قطعي‌ و لازم‌الاجراست.‌**

**توضيح : خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانوني گروه آموزشي پزشكي محسوب مي‌شود.**

**تاريخ : نام‌ و نام‌ خانوادگي‌:**

 **امضا :**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 5**

**نمونه فرم اخذ تعهد از پذيرفته‌شدگان مبني بر گذراندن دروس پيش‌نياز رشته قبولي كارشناسي ناپيوسته**

**نامتناسب با رشته فارغ‌التحصيلي كارداني آنها**

**اينجانب ............................. فرزند ......................... متولد سال ................ داراي شناسنامه شماره ........................................**

**صادره از ............................... ساكن .......................... كه بدون توجه به رشته تحصيلي يا نوع مدرك كارداني (فوق ديپلم)
خود در آزمون كارداني به كارشناسي ناپيوسته سال 1403 در رشته تحصيلي ......................................................
(كد رشته‌محل .............. ) دانشگاه / دانشكده/آموزشكده / مؤسسه آموزش عالي ............................................................................. پذيرفته‌ شده‌ام، از آنجائیکه بدون توجه به رشته تحصيلي و يا نوع مدرك كارداني (فوق ديپلم) خود، در آزمون فوق شركت نموده و پذيرفته شده‌ام، بدين‌وسيله متعهد مي‌شوم: مطابق ضوابط مربوط، همه دروس پيش‌نياز و يا جبراني رشته قبولي اعلام شده را كه با نظر گروه آموزشي مؤسسه تعيين و اعلام مي‌شود، با پرداخت شهريه بگذرانم. بديهي است درصورت عدم رعايت ضوابط مربوط، اين مؤسسه آموزشي مي‌تواند از ادامه تحصيل اينجانب در هر مقطعي ممانعت به عمل آورد.**

 **تاريخ‌: نام‌ و نام‌ خانوادگي‌ :**

 **امضا:**

**بسمه تعالي**

**تاريخ :**

**شماره :**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 6**

**نمونه فرم جايگزين گواهي فراغت از تحصيل پذيرفته‌شدگاني كه تا زمان ثبت‌نام موفق به اخذ گواهي خود نشده‌اند**

**دانشگاه / مؤسسه آموزش عالي .....................................................................**

**بدين‌وسيله به اطلاع مي‌رساند: آقای/ خانم .................................................................... پذيرفته نيمسال اول / نيمسال دوم در رشته تحصيلي .................................................................... (كد رشته‌محل ........... ) از مقطع كارداني(فوق ديپلم) اين مؤسسه آموزش عالي تا تاريخ 31/06/1403 فارغ‌التحصيل شده است / حداكثر تا 30/11/1403 فارغ‌التحصيل خواهد شد و اشتغال به تحصيل نامبرده مورد تأييد شوراي عالي انقلاب فرهنگي / وزارت علوم، تحقيقات و فناوري / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي است.**

**ضمناً اين فرم فقط براي اطلاع آن مؤسسه آموزش عالي صادر شده و فاقد هر گونه ارزش ديگري است.**

 **محل مهر و امضاء مسؤول امورآموزشي دانشگاه / مؤسسه آموزش‌عالي**

 **(محل فارغ‌التحصيلي دوره كارداني)**

**بنام خدا**

**فرم شمارۀ 7**

**فرم مغايرت عكس متقاضی با چهره عكس الصاق شده بر روي فرم اطلاعات قبولي**

 **در آزمون كارداني به كارشناسي ناپيوسته سال 1403 (فقط رشته‌های با آزمون)**

**(اين فرم باید توسط شخص دانشجو تكميل شود)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي:** | **نام پدر:** | **سال تولد:** |
| **شماره شناسنامه:** | **كد ملي:** | **شماره داوطلبي:** |

 **اظهارات متقاضی:**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**نشاني: ...................................................................................................................................................................................................................................................................**

**تلفن تماس: ....................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **امضاي متقاضی:** | **اثر انگشت متقاضی:** |

**اين فرم لازم است پس از تكميل توسط دانشجو و امضاي وی، به همراه يك قطعه عكس با نامه رسمي به منظور بررسي به اين سازمان ارسال شود.**

****

**فرم شمارۀ 8**