



برگ نامنویسی پذیرفته شدگان در آزمون کاردانی به کارشناسی سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶

دانشجوی گرامی خواهشمند است فرم زیر را با دقت تکمیل نمایید:

| | | | | | |
|-----------------|---|-------------|--|---|-------------|
| مشخصات فردی | شماره دانشجویی: | رشته: | دانشکده: | | |
| | نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | تاریخ تولد: | | |
| | محل صدور شناسنامه: | شماره ملی: | تلفن همراه: | | |
| | تلفن ثابت: | کد شهرستان: | کد پستی: | | |
| | نشانی: | | | | |
| مشخصات خانوادگی | نسبت | نام | شغل | نشانی کامل محل کار و یا محل سکونت | شماره همراه |
| | پدر | | | | |
| | مادر | | | | |
| | خواهران | ۱ | | | |
| | و برادران | ۲ | | | |
| | | ۳ | | | |
| | همسر | | | | |
| | فرزند | ۱ | | | |
| | ۲ | | | | |
| وضعیت اشتغال | اشتغال به کار نهادها، موسسات و سازمان های دولتی | | دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> | محل اشتغال..... وضعیت استخدامی رسمی یا پیمانی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> | |

تعهد نامه»

اینجانب پذیرفته شده آزمون کاردانی به کارشناسی ناپیوسته سال ۹۶ مقطع..... دوره روزانه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با تکمیل این فرم با دقت و صحت و همچنین تسلیم مدارک ثبت نامی تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم و متعهد می شوم:

۱- با قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم از بدو شروع تا پایان دوره تحصیل از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم.

۲- اطلاع از مقررات آموزشی و تقویم آموزشی دانشگاه از وظایف اصلی دانشجویان است و عدم اطلاع، از اینجانب سلب مسئولیت نمی کند.

امضاء دانشجو:

تاریخ: