

فرم خود اظهاری سلامت جسمانی

اینجانب..... پذیرفته شده رشته
مقطع..... دانشگاه علوم پزشکی..... به شماره
دانشجویی..... با اطلاع کامل از شرایط و
ضوابط تحصیل در رشته مذکور از جمله حداقل کارائی لازم اعضا
و توانمندی جسمانی ضمن تعهد مبنی برداشتن سلامت جسمانی کامل مطابق
دستور العمل مربوطه متعهد می گردم گواهی سلامت جسمانی خود را از طریق
مرکز بهداشت دانشجویان دانشگاه تا قبل از شروع نیمسال اول ۱۴۰۶-۱۴۰۵ به
آموزش دانشگاه تحویل نمایم.

امضاء و تاریخ