



حوزه معاونت آموزشی

بسمه تعالی

فرم شماره ۲۰

برگ نامنویسی پذیرفته شدگان سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴

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

مشخصات فردی	شماره ملی:		رشته:	دانشکده:	
	نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	تاریخ تولد:	
	محل صدور شناسنامه:		محل تولد:	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 و برادران	۱			
		۲			
		۳			
	همسر				
	فرزند	۱			
		۲			
	وضعیت اشتغال	اشتغال به کار نهادهای، موسسات و سازمان های دولتی		دارم ☐ ندارم ☐	محل اشتغال..... وضعیت استخدامی رسمی یا پیمانی ☐ غیره ☐

«تعهد نامه»

اینجانب پذیرفته شده آزمون سراسری سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ مقطع دکترای عمومی / کارشناسی پیوسته / کاردانی: دوره روزانه ☐ شهریه پرداز (پردیس خودگردان) ☐ 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.

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. (ویژه دانشجویان دوره روزانه)

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: