**فرم شماره 2** 

بسمه تعالي معاونت آموزشی

تعهد در خصوص وضعیت اشتغال به کار

اينجانب .................................................. كه در ......................................... دوره آزمون پذيرش دستياري فوق­تخصص/ فلوشیپ به عنوان دستيار فوق­تخصصی/ فلوشیپ رشته ............................................ پذيرفته شده­ام با اطلاع كامل از مقررات و آئين­نامه هاي دستياري در مورد بهره­مندي از کمک هزينه تحصيلي اعلام مي­نمايم كه حق اشتغال در هيچ مؤسسه دولتي و غيردولتي، بخش خصوصي، خيريه و مطب شخصي را ندارم و در صورت بروز هرگونه مغايرت با صحت مراتب فوق، حق هيچگونه اعتراض نسبت به اقدامات دانشگاه نخواهم داشت.

**امضاء تاريخ**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

افرادي كه با استفاده از مأموريت آموزشي و مرخصي بدون حقوق از مراكز نظامي و غيرانتظامي اشتغال به تحصيل دارند قسمت زیر را تكميل نمايند .

نام و نام­خانوادگي : ........................................

رشته پذيرفته شده : .....................................

مؤسسه اشتغال به­كار : .......................................

مجوز دستياري به­صورت مرخصي بدون حقوق □ مأموريت آموزشي □

**امضاء تاريخ**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

فرم تعهد

اينجانب ........................................ پذيرفته شده .................................دوره آزمون پذيرش دستيار فوق­تخصصي/ فلوشیپ پزشكي، صحت مندرجات فرم هاي تكميل شده ثبت نامي را تأیید مي نمايم و متعهد مي­گردم در صورتي كه به دليل مغايرت مدارك با اصل، ثبت نام اينجانب از طرف دانشگاه كان لم يكن گرديده و حق هرگونه اعتراض را از خود سلب مي نمايم.

**نام و نام خانوادگي :**

**امضاء :**

**تاريخ :**

**رشته قبولي :**