



بسمه تعالی

معاونت آموزشی

فرم تعهد حضور فیزیکی دانشجویان شهریه پرداز

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته شده در نیمسال

اول دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقطع PhD دوره رشته دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان تعهد می نمایم براساس بند ۲ مصوبه شورای تحصیلات تکمیلی مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۱۷،

در طول تحصیل با هماهنگی گروه و دانشکده، میزان ساعات حضور فیزیکی مورد نظر و مفاد شیوه نامه

مربوطه را رعایت نمایم. در غیراینصورت دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل

آورد.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ