

فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار

(مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغالی ندارند)

اینجانب به شماره دانشجویی

پذیرفته شده درنیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ مقطع Ph.D

رشته دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اعلام می نماید که در زمان ثبت نام

و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا مؤسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی مشغول

به کار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند ازادامه تحصیل اینجانب جلوگیری

بعمل آورد و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ