



بسمه تعالی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / مأموریت آموزشی (پرديس خودگردان)

معاونت آموزشی

(مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول به کار می باشند)

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته

شده در نیمسال اول دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقطع Ph.D پرديس خودگردان

رشته دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تعهد می نمایم با توجه به اشتغال

بصورت رسمی یا پیمانی در سازمان / دانشگاه علوم پزشکی حداکثر تا

پایان ترم اول (با توجه به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار) مرخصی بدون حقوق یا

مأموریت آموزشی (برابر طول دوره آموزش به مدت ۴/۵ سال) خود را جهت ادامه تحصیل از

بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیر این صورت دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل

اینجانب جلوگیری بعمل آورد .

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم شماره ۶