

بسمه تعالی



معاونت آموزشی

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

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

اینجانب پذیرفته به شماره دانشجویی

شده در نیمسال اول دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقاطع Ph.D پردیس خودگردان

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

بصورت رسمی یا پیمانی در سازمان / دانشگاه علوم پزشکی حداقل 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 سال) خود را جهت ادامه تحصیل از

بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیراینصورت دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل

اینجانب جلوگیری بعمل آورد .

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم شماره ۶