



برگ نامنویسی پذیرفته شدگان سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴

دانشجوی گرامی خواهشمند است فرم زیر را با دقت تکمیل نمایید:

مشخصات فردی	شماره ملی:	رشته:	دانشکده:			
	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:			
	محل صدور شناسنامه:	محل تولد:	تلفن همراه:			
	تلفن ثابت:	کد شهرستان:	کد پستی:			
	نشانی:					
مشخصات خانوادگی	نسبت	نام	شغل	نشانی کامل محل کار و یا محل سکونت	شماره همراه	
	پدر					
	مادر					
	خواهران و برادران	۱				
		۲				
		۳				
	همسر					
	فرزند	۱				
		۲				
وضعیت اشتغال	اشتغال به کار نهادها، موسسات و سازمان های دولتی		دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>	محل اشتغال..... وضعیت استخدامی رسمی یا پیمانی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>		

«تعهد نامه»

اینجانب پذیرفته شده آزمون سراسری سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ مقطع دکتری عمومی / کارشناسی پیوسته / کاردانی: دوره روزانه شهریه پرداز (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با تکمیل این فرم با دقت و صحت و همچنین تسلیم مدارک ثبت نامی تقاضای ثبت نام در این دانشگاه را می نمایم.

۱- با قبول تکالیف و وظایف قانونی خود علاقمند هستم از بدو شروع تا پایان دوره تحصیل از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نمایم. (ویژه دانشجویان دوره روزانه)

۲- اطلاع از مقررات آموزشی و تقویم آموزشی دانشگاه از وظایف اصلی دانشجویان است و عدم اطلاع، از اینجانب سلب مسئولیت نمی کند.

امضاء دانشجو:

تاریخ: