



معاونت آموزشی

فرم شماره ۲

بسمه تعالی

تعهد در خصوص وضعیت اشتغال به کار

اینجانب که در دوره آزمون پذیرش دستیاری فوق تخصص / فلوشیپ به عنوان دستیار فوق تخصصی / فلوشیپ رشته پذیرفته شده‌ام با اطلاع کامل از مقررات و آئین‌نامه های دستیاری در مورد بهره‌مندی از کمک هزینه تحصیلی اعلام می‌نمایم که حق اشتغال در هیچ مؤسسه دولتی و غیردولتی، بخش خصوصی، خیریه و مطب شخصی را ندارم و در صورت بروز هرگونه مغایرت با صحت مراتب فوق، حق هیچگونه اعتراض نسبت به اقدامات دانشگاه نخواهم داشت.

امضاء تاریخ

افرادی که با استفاده از مأموریت آموزشی و مرخصی بدون حقوق از مراکز نظامی و غیرانتظامی اشتغال به تحصیل دارند قسمت زیر را تکمیل نمایند .

نام و نام خانوادگی :

رشته پذیرفته شده :

مؤسسه اشتغال به کار :

مجوز دستیاری به صورت مرخصی بدون حقوق مأموریت آموزشی

امضاء تاریخ

فرم تعهد

اینجانب پذیرفته شده دوره آزمون پذیرش دستیار فوق تخصصی / فلوشیپ پزشکی، صحت مندرجات فرم های تکمیل شده ثبت نامی را تأیید می‌نمایم و متعهد می‌گردم در صورتی که به دلیل مغایرت مدارک با اصل، ثبت نام اینجانب از طرف دانشگاه کان لم یکن گردیده و حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ :

رشته قبولی :