



بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(دانشجویان دوره mph)

اینجانب.....فرزند..... به شماره شناسنامه متولد / / ۱۳ صادره از ساکن(نشانی کامل).....

که با هزینه شخصی برای ادامه تحصیل در دوره mph گرایش..... در نیمسال اول نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان پذیرفته شده ام متعهد می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی ایران ومقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم. در غیر اینصورت ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود .

نام و نام خانوادگی

امضاء متعهد

تاریخ