فرم شماره ۱

تاریخ: .....

شماره: .....

به نام خدا

فرم اخذ تعهد از فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور و دانشجویان فعلی و انصرافی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور

اینجانب؛

نام ..... نام‌خانوادگی ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای کدملی/ شماره شناسنامه..... صادره از ..... ساکن ..... در آزمون‌های «سراسری» و «اختصاصی دانشجو-معلم» سال **۱۴۰۵** در گروه آزمایشی ..... در رشته ..... (کد)

دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی ..... پذیرفته شده‌ام، متعهد می‌شوم:

۱- فارغ‌التحصیل دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل و خارج از کشور در مقطع بالاتر:

الف) از مقطع کاردانی در رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌ام ○ نشده‌ام ○

ب) از مقطع کارشناسی در رشته‌های تحصیلی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی فارغ‌التحصیل شده‌ام ○ نشده‌ام ○

ج) دانشجوی فعلی یا اخراجی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی داخل کشور می‌باشم. ○ نمی‌باشم ○

د) قبل از ثبت‌نام در رشته قبولی جدید، از تحصیل در رشته قبلی خود انصراف قطعی حاصل نموده و گواهی از مؤسسه آموزش عالی ذیربط و اداره کل امور دانشجویان مربوط را دریافت داشته‌ام ○

تبصره۱: دانشجویان دوره‌های غیر از آموزش رایگان، به جز چهار رشته **پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و دامپزشکی** در آزمون سراسری سال ۱۴۰۴ و قبل از آن و همچنین دانشجویان بدون آزمون تمامی دوره‌ها در سال ۱۴۰۴ و قبل از آن (به شرط نداشتن مشکل نظام وظیفه برای برادران) مجاز بوده‌اند بدون انصراف از تحصیل، در آزمون سراسری یا اختصاصی پذیرش دانشجو-معلّم سال ۱۴۰۵ ثبت‌نام و شرکت کنند. بدیهی است، در صورت قبولی در رشته جدید، باید فرم انصراف قطعی از رشته قبلی را به دانشگاه جدید محل تحصیل خود ارائه دهند

تبصره۲: دانشجویان دوره روزانه، محروم، بورسیه، فرهنگیان و تربیت دبیر شهید رجایی و همچنین پذیرفته‌شدگان چهار رشته **پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و دامپزشکی** تمامی دوره‌ها (رایگان و غیررایگان) در سال ۱۴۰۴ و قبل از آن، برای شرکت مجدد در آزمون سراسری یا اختصاصی پذیرش دانشجو-معلّم سال ۱۴۰۵، باید تا قبل از پایان زمان ثبت‌نام آن آزمون، از دانشگاه / مؤسسه محل قبولی خود انصراف می‌دادند. بدیهی است، در صورت قبولی در رشته جدید، باید فرم انصراف قطعی از رشته قبلی را به دانشگاه محل قبولی خود ارائه دهند. در ضمن، این متقاضیان حق بازگشت به رشته قبولی قبلی خود را ندارند.

ضمناً در صورت عدم صحت مطالب فوق این دانشگاه / مؤسسه می‌تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوطه اقدام نماید.

محل سکونت:

تاریخ: .....

امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره ۲

تاریخ: .....

شماره: .....

به نام خدا

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان منطقه ۱، رزمندگان و ایثارگران، برای همه‌ی رشته‌ها در آزمون سراسری سال ۱۴۰۵

اینجانب:

نام ..... نام‌خانوادگی ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای کد ملی / شماره‌شناسنامه ..... صادره از ..... محل تولد ..... ساکن ..... که در گروه آزمایشی ..... در آزمون سراسری سال **۱۴۰۵** در رشته..... **(بجز رشته‌های بورسیه)** در مقطع ..... دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی ..... جزو متقاضیان سهمیه منطقه یک یا سایر سهمیه‌ها (بجز سهمیه مناطق ۲ و ۳) پذیرفته شده‌ام در کمال میل و اختیار، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق پس از تعیین تکلیف خدمت وظیفه عمومی به مدت **یک برابر زمان تحصیل** خود در مناطقی که:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند (برای رشته‌های تحصیلی گروه آموزش پزشکی).

۲- سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی تعیین می‌کنند (برای سایر رشته‌ها).

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی (بر حسب موارد ۱ و ۲) خدمت نمایم و در صورت عدم نیاز وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های مذکور در بخش خصوصی به تشخیص و معرفی وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم. چنانچه ظرف یکسال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوطه مجاز و مختارند علاوه بر استرداد برابر هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل، از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد به معنی اجرای تعهد آموزش رایگان است و به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های مربوط وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد یک برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارتخانه‌های ذیربط در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارتخانه‌های مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح: برای رشته‌های گروه آموزشی پزشکی

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.

۲- تا انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت:

تاریخ: .....

امضاء و اثر انگشت:

فرم شماره ۴

تاریخ: .....

شماره: .....

به نام خدا

فرم مخصوص اخذ تعهد از پذیرفته‌شدگان رشته‌های مختلف گروه آموزشی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سهمیه‌های مناطق ۲ و ۳ در آزمون سراسری

اینجانب:

نام ..... نام‌خانوادگی ..... فرزند ..... متولد سال..... دارای کدملی/شماره‌شناسنامه ..... صادره از ..... محل تولد ..... ساکن ..... که در گروه آزمایشی ..... در آزمون سراسری سال **۱۴۰۵** در رشته ..... در مقطع ..... دانشگاه / مؤسسه آموزش عالی ..... با استفاده از سهمیه منطقه ۲○ / منطقه ۳○ پذیرفته شده‌ام، در کمال میل و اختیار ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملزم می‌شوم که پس از گذراندن دوره تحصیلی در مقطع فوق علاوه بر تکلیف قانونی خدمت رایگان به مدت **یک برابر زمان تحصیل** و همچنین تعهدات منطقه‌ای (در مجموع **دو برابر**) خدمت نمایم و به ترتیب اولویت در مناطق ذیل:

۱- شهرستان‌های واقع در سهمیه منطقه ثبت‌نامی در آزمون سراسری.

۲- مناطق محروم‌تر به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

در وهله اول در صورت نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌ها و ادارات دولتی و ارگان‌ها و نهادهای انقلاب اسلامی و در صورت عدم نیاز وزارت مذکور، در سایر ادارات و در بخش خصوصی به تشخیص سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت کار و امور اجتماعی خدمت نمایم و چنانچه ظرف یک‌سال پس از پایان تحصیل (بدون احتساب خدمت وظیفه عمومی) از انجام خدمت به نحو فوق استنکاف نمایم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز و مختار است که نسبت به استرداد **دو برابر** هزینه‌های سرانه دانشجو در طول مدت تحصیل اقدام و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند از تحویل مدارک تحصیلی تا انجام خدمت مذکور خودداری نمایند. مفاد این تعهد مانع از اجرای تعهد آموزش رایگان و نیز خدمت وظیفه عمومی نبوده و تعهد آموزش رایگان را پس از اتمام تعهد مذکور انجام خواهم داد. به موجب این تعهد ضمن عقد خارج لازم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وکالت می‌دهم در صورت تخلف از مفاد این تعهد و استنکاف از آن که خارج از حیطه اقتدار اینجانب نباشد دو برابر هزینه‌های مصروفه سرانه دانشجو را در مدت تحصیل از اموال اینجانب برداشت نمایند. تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد کیفیت تخلف و میزان هزینه‌های مصروفه غیرقابل اعتراض بوده و صرف اعلام وزارت مذکور برای اینجانب قطعی و لازم‌الاجراست.

توضیح اینکه:

۱- خدمات مزبور (تعهد) جزو خدمات قانونی گروه پزشکی محسوب می‌شود.

۲- تا زمان انجام تعهدات مذکور در این تعهدنامه حق شرکت در درجات تحصیلی بالاتر را ندارم مگر با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محل سکونت:

تاریخ: .....

امضاء و اثر انگشت:

بسمه تعالی

فرم اخذ تعهد از دانشجویان شهریه پرداز (مازاد)

اینجانب نـام:..... نـام خـانوادگی: ..... فرزنـد .....

متولد سال..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... سـاکن

..... ولی دانشـجو .....در آزمـون سراسـری سـال ..... در گـروه

آزمایشی ..... در رشته ..... موسسه آموزشـی .....پذیرفتـه

شده است متعهد می گردم با آگاهی کامل از شرایط و ضوابط پذیرش دانشجو در سهمیه مازاد بـا اخـذ شهریه شرکت کرده و همچنین تمکن مالی جهت ثبت نام فرزندم در دانشگاه علوم پزشکی کردسـتان را دارا می باشم.

نام و نام خانوادگی
ولی دانشجو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان واحد آمار و رایانه	فرم اطلاعات دانشجو	محل الصاق عکس

***مشخصات فردی:** صفحه۱ کد فرم: ۱۰۰

کد یا شماره ملی:	تاریخ تولد:	جنسیت: زن □ مرد□
نام:	محل تولد:	نام خانوادگی قبلی:
نام خانوادگی:	محل صدور شناسنامه:	در صورتی که نام دیگری دارید، ذکر نمائید:
نام پدر:	دین: اسلام□ مسیحی□ یهودی□	
ش.ش:	مذهب در دین اسلام: تشیع□ تسنن□	

***شماره تلفن های تماس و نشانی محل سکونت دوران تحصیل فعلی دانشجو:**

پیش شماره تلفن ثابت محل سکونت:	کد پستی محل سکونت:
تلفن ثابت محل سکونت:	نشانی دقیق محل سکونت:
تلفن همراه:	

***وضعیت تاهل، نظام وظیفه و شغل:**

وضعیت تاهل: مجرد□ متاهل□ معیل□	آیا شاغل هستید: بله□ خیر□
تعداد فرزندان:	در صورت اشتغال، نوع شغل را ذکر نمائید.
وضعیت نظام وظیفه: انجام داده□	آدرس محل کار در صورت اشتغال:
انجام نداده□	
معاف از خدمت□	

***وضعیت رشته تحصیلی پذیرفته شده:**

شماره دانشجویی:	سال ورود به دانشگاه:
تاریخ ثبت نام:	نیمه تحصیلی سال: اول□ دوم□
نام رشته:	مقطع تحصیلی پذیرفته شده: کاردانی□ کارشناسی □
نام دانشکده:	کارشناسی ناپیوسته□ کارشناسی ارشد □ دکتری □

***وضعیت دیپلم یا پیش دانشگاهی**

عنوان مدرک:	استان محل اخذ:	نام دبیرستان یا مرکز پیش دانشگاهی:
سال اخذ مدرک:	شهر محل اخذ:	تلفن ثابت محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:
آدرس دقیق محل سکونت در هنگام اخذ مدرک:		

***چنانچه سابقه تحصیلات دانشگاهی را داشته اید جدول زیر را تکمیل کنید:**

ردیف	نام رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت (فارغ التحصیل یا ترک تحصیل)	تاریخ (فارغ التحصیلی یا ترک تحصیل)	نام دانشگاه محل تحصیل
۱					
۲					
۳					

***اینجانب** صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم **امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل فرم**

*مشخصات افراد خانواده (به ترتیب مشخصات پدر، مادر، همسر، فرزندان، برادران، خواهران در جدول زیر وارد شود)

کد فرم: ۱۰۰

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با دانشجو	در قید حیات یا فوت شده	میزان تحصیلات	شغل	کد پستی محل کار یا سکونت	نشانی محل کار یا سکونت	پیش شماره تلفن ثابت	تلفن ثابت	تلفن همراه

*لطفا در کادر زیر چیزی ننویسید:

*اینجانب صحت کلیه مطالب مندرج را تایید می نمایم

امضاء دانشجو و تاریخ تکمیل

فرم شماره۸

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

معاونت آموزشی- مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

خواهشمند است اطلاعات زیر را **با دقت تکمیل نمایید.

شماره دانشجویی: دوره: کد ملی:
نام: نام خانوادگی: نام خانوادگی قبلی:
نام پدر: ش.ش: محل صدور:
تاریخ تولد: / / محل تولد: جنسیت: زن☐ مرد☐
دین: مذهب: وضعیت تاهل: مجرد☐ متاهل☐ تعداد فرزندان
آخرین مدرک تحصیلی: رشته: تاریخ اخذ مدرک:
محل اخذ مدرک: معدل:
وضعیت نظام وظیفه:
نام رشته قبولی: نام دانشکده: مقطع پذیرش تحصیلی:
نوع سهمیه قبولی:
وضعیت دانشجو قبل از قبولی در این دانشگاه:
اخراجی☐ انصرافی☐ دیپلم☐ فوق دیپلم☐ سایر موارد (با ذکر نام) ☐
شغل: نوع استخدام:
مدت اشتغال: محل اشتغال:
نشانی محل سکونت: استان ..... شهرستان.....
خیابان اصلی ..... خیابان فرعی ..... کوچه ..... پلاک .....
کد پستی ۱۰ رقمی:
نشانی محل سکونت در سنندج .....
تلفن .....
شماره همراه دانشجو .....
شماره همراه یکی از والدین .....
شماره تلفن منزل .....
نام دانشجو: امضاء دانشجو: