

معاون آموزشی دانشگاه

تعهد

اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی دوره : روزانه / شبانه مقطع : کاردانی / کارشناسی که به دستگاه اجرائی خاص تعهد دارم / ندارم و با توجه به تبصره یک ماده ۲ آیین نامه نقل و انتقال موافقت آن اداره / سازمان (نام ارگان) به پیوست ضمیمه می باشد، خود را ملزم میدانم که فرم فقط در جهت انتقال دائم به دانشگاه علوم پزشکی از نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۵ - ۱۴۰۴ قابل ارزش بوده و در صورت پذیرش دانشگاه مقصد به عنوان میهمان از نظر دانشگاه مبدا و اینجانب فاقد اعتبار اثر خواهد بود ، اما در صورت موافقت با انتقال دائم دوهفته قبل از شروع نیمسال آینده نتیجه را به دانشگاه مبدا اطلاع و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به تسویه حساب اقدام نمایم. ضمناً متعهد می گردم نتیجه نهائی را حداکثر ظرف مهلت مقرر اعلام و در غیر اینصورت آموزش مجاز به ابطال برگه انتخاب واحد اینجانب می باشد.

آدرس محل سکونت دانشجو:

تاریخ: / /

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو: