



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زابل
معاونت آموزشی

فرم درخواست انتقال

رئیس / معاون محترم آموزشی دانشکده

اینجانب / فرزند / متولد / / / ۱۳ / صادره از / دانشجوی رشته / مقطع / دوره / ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی / که تا کنون تعداد / واحد از دروس مربوطه / خود را با میانگین نمره / گذرانده ام تقاضا می نمایم در مورد انتقال دائم اینجانب از نیمسال اول سال تحصیلی / ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی / اقدام مقتضی معمول دارید.
آدرس محل اقامت :

تلفن جهت تماس در مواقع ضروری :

بدینوسیله علل در خواست خود را همراه مدارک لازم بشرح ذیل پیوست می نمایم :

- ۱- / ۲- / ۳- / ۴-

تذکر :

ضمناً با آگاهی کامل اعلام میدارم که مسئولیت هرگونه مشکل احتمالی ناشی از انتقال و نقض مدارک و اقدام پس از موعد مقرر به عهده اینجانب خواهد بود و دانشگاه مبدأ و مقصد مسئولیتی در قبال آن نخواهند داشت.

امضاء دانشجو

تاریخ : / / ۱۴۰۰

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل

شماره :

سلام علیکم

تاریخ :

ضمن تأیید مندرجات بالا و موافقت با در خواست آقای / خانم

مراتب جهت اقدام لازم ارسال می گردد.

معدل نیمسال قبل:

میانگین کل نمرات:

مدیر گروه

رئیس / معاون آموزشی دانشکده

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

شماره:

تاریخ:

احتراماً، بدینوسیله تقاضای انتقال خانم / آقای / دانشجوی رشته / این دانشگاه منضم به مدارک مربوطه ایفاد می گردد. خواهشمند است دستور فرمائید بررسی و در صورت موافقت نتیجه را اعلام تا اقدام لازم به منظور تسویه حساب دانشجو و ارسال مدارک تحصیلی به آن دانشگاه بعمل آید.

دکتر کاوه تبریزیان

معاون آموزشی دانشگاه



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زابل
معاونت آموزشی

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 ۱۴۰۱-۱۴۰۰ قابل ارزش بوده و در صورت پذیرش دانشگاه مقصد به عنوان میهمان از نظر دانشگاه مبداء و اینجانب فاقد اعتبار اثر خواهد بود، اما در صورت موافقت با انتقال دائم دوهفته قبل از شروع نیمسال آینده نتیجه را به دانشگاه مبداء 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: _____ / _____ / ۱۴۰۰

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو: