

## فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب : ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره .....  
 صادره از ..... ساکن ..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه/ نوبت دوم (شبهانه) رشته‌های تحصیلی  
 گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۴۰۳ در گروه آموزشی .....  
 در رشته تحصیلی ..... (کد رشته محل ..... ) مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و  
 خدمات بهداشتی - درمانی ..... پذیرفته شده‌ام، باتوجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می‌شوم که هنگام  
 ثبت‌نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوق‌های رفاه دانشجویان وزارت بهداشت،  
 درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وام‌های رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیأت وزیران تاریخ ۱۳۸۲/۵/۲۳  
 به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق، آن آموزش اجازه دارد که  
 از ثبت‌نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی  
 را نخواهم داشت.

تاریخ :

نام ، نام خانوادگی و امضا :