

باسمه تعالی

فرم شماره ۳

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

اینجانب : ..... فرزند ..... متولد سال ..... دارای شناسنامه شماره .....  
صادر از ..... ساکن ..... که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه / شبانه رشته‌های تحصیلی  
گروه‌های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۸ 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 ۹۹-۱۳۹۸ 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 مورخ 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 ۹۹-۱۳۹۸ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را  
نخواهم داشت.

تاریخ :

نام ، نام خانوادگی و امضا :