

بسمه تعالی

فرم تعهد عدم مغایرت مدارک ارسالی با  
اصل مدارک

اینجانب \_\_\_\_\_  
پذیرفته شده دوره MPH سلامت  
دهان و دندانپزشکی اجتماعی  
سال تحصیلی 1400/1401 صحت  
مندرجات و اطلاعات ثبت نامی را  
تأیید و متعهد می گردم در  
صورت مغایرت مدارک ارسالی با  
اصل آن، نسبت به کان لم یکن  
نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه  
حق هر گونه اعتراض را از خود  
سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء