



**فرم تعهد مبنی بر تسویه 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 / شبانه رشته های تحصیلی -----  
گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی ( فوق دیپلم ) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۵ در گروه آموزشی ---  
----- در رشته تحصیلی ----- (کدرشته محل -----) مقطع کارشناسی ناپیوسته  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ----- پذیرفته شده ام با توجه به ضیق وقت بدین وسیله  
متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ گواهی دال بر تسویه حساب با موافقت  
صندوقهای رفاه دانشجویان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را بر اساس دستورالعمل بازپرداخت وامهای رفاه  
دانشجویی مصوبه جلسه هیات وزیران مورخ ۱۳۸۲/۰۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
تحويل دهم و در صورت عدم تحويل گواهی فوق آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال  
تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ جلوگیری به عمل آورده و در این صورت اینجانب حق هیچ گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام ، نام خانوادگی و امضاء:

تاریخ: