



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

فرم شماره ۴

فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

اینجانب ----- فرزند ----- متولد سال ----- دارای شناسنامه شماره -----
----- صادره از ----- ساکن -----
----- که در امتحان پذیرش دانشجو از دوره کاردانی به کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۴ در گروه
آموزشی در رشته تحصیلی ----- (کدرشته محل -----) مقطع کارشناسی ناپیوسته موسسه/دانشگاه -
----- 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 یا موافقت صندوقهای رفاه دانشجویان وزارت
علوم تحقیقات و فناوری را بر اساس دستورالعمل بازپرداخت وامهای رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیات وزیران مورخ
۱۳۶۴/۰۵/۲۳ به آموزش دانشگاه تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی فوق آن آموزش اجازه دارد که از ثبت
نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ جلوگیری به عمل آورده و اینجانب حق هیچ گونه اعتراضی را
نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

امضا:

تاریخ: