**بسمه تعالی**

**فرم تعهد شماره 2( عدم اشتغال به تحصیل)**

**اینجانب ......................................................... فرزند ............................. شماره شناسنامه............................... صادره از ............................ ساکن (نشانی کامل محل سکونت با درج کد پستی) ...........................................................................................................................................................................**

**که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته ................................... سال تحصیلی .......................... وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام ، متعهد می‌شوم که در سایر مؤسسات آموزشی (وابسته و غیروابسته به وزارت بهداشت ) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت‌نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود .**

( در صورت تغییر آدرس محل سکونت، موضوع را بلافاصله به دانشگاه اطلاع رسانی خواهم نمود).

نام ونام خانوادگی :

امضاء:

تاریخ:

|  |
| --- |
| معاونت آموزشي و امور دانشجويي  دبيرخانه شوراي آموزش علوم پايه پزشكي، بهداشت و تخصصي |