

به نام خدا

کلیه فرمهای

مذکور در این

اطلاعیه

## بسمه تعالی

## مدیریت محترم آموزشی دانشگاه تربیت مدرس

با سلام و احترام، به استحضار می‌رساند اینجانب با مشخصات زیر پذیرفته شده از طریق در حال حاضر مشغول انجام خدمت وظیفه می‌باشم، لذا خواهشمنداست نامه ترخیص از خدمت صادر و به اینجانب ارائه گردد:

نام: \_\_\_\_\_  
 نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 شماره ملی: \_\_\_\_\_  
 مقطع قبولی: \_\_\_\_\_  
 رشته قبولی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ شرکت در آزمون: \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی:  
تاریخ و امضاء:

**توجه:** در صورتیکه کلیه مدارک بارگذاری شده، توسط آموزش دانشگاه تایید شد. پس از چاپ گواهی پذیرش غیرحضور از سیستم گلستان، برای دریافت نامه ترخیص به ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ - امور مشمولین دانشگاه مراجعه فرمایید.

مختص پذیرفته شدگان داخل فرجه  
قانونی (یکساله)

اینجانب \_\_\_\_\_  
 پذیرفته شده رشته \_\_\_\_\_  
 فرزند \_\_\_\_\_  
 مقطع \_\_\_\_\_  
 دارای کدملی \_\_\_\_\_  
 دوره \_\_\_\_\_  
 فارغ التحصیل شده ام و داخل فرجه یکساله می‌باشم.  
 در تاریخ \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی:  
تاریخ و امضاء:

## مختص پذیرفته شدگان دو دانشگاهی (انصراف از دانشگاه قبلی)

اینجانب \_\_\_\_\_  
 پذیرفته شده رشته \_\_\_\_\_  
 آن دانشگاه می‌باشم و با \_\_\_\_\_  
 پذیرفته شده رشته \_\_\_\_\_  
 دارای کدملی \_\_\_\_\_  
 دوره \_\_\_\_\_  
 مقطع \_\_\_\_\_  
 فرزند \_\_\_\_\_  
 مقطع \_\_\_\_\_  
 دانشگاه \_\_\_\_\_  
 توجه به اینکه ورودی سال \_\_\_\_\_  
 می‌باشم، متعهد می‌گردم تا روز ثبت نام حضوری، نامه انصراف از تحصیل دانشگاه قبلی خود را به امور مشمولین دانشگاه - ساختمان آموزش کل طبقه سوم اتاق ۴۱۷ ارائه نمایم. در غیر اینصورت تابع مقررات خواهم بود.

**توجه:** به این گروه از پذیرفته شدگان تا ارائه نامه انصراف از دانشگاه مقطع قبل، کارت دانشجویی تعلق نمی‌گیرد.

نام و نام خانوادگی:  
تاریخ و امضاء:

**تعهد اشتغال یا عدم اشتغال به کار پذیرفته شدگان شاغل در وزارتخانه ها،  
سازمانها و نهادهای دولتی**

**اداره کل آموزش دانشگاه تربیت مدرس**

الف- اینجانب  
ملی شماره  
مقطع  
و نهادهای دولتی ندارم.

فرزند  
پذیرفته شده رشته  
هیچگونه رابطه استخدامی رسمی/پیمانی/قراردادی با موسسات

دارای کد

نام و نام خانوادگی:  
تاریخ و امضاء:

ب- اینجانب  
ملی شماره  
پذیرفته شده رشته  
مقطع

دارای رابطه استخدامی رسمی/پیمانی/قراردادی با موسسه دولتی

می باشم و تعهد می نمایم که حداکثر تا ۲۳ آبان ۹۷ حکم مرخصی سالانه یا موافقت بدون قید و شرط سازمان متبوع خود را در خصوص ادامه تحصیل کسب و به اداره پذیرش اداره کل آموزش دانشگاه تحویل نمایم، در غیر اینصورت قبولی اینجانب لغو شود.

**توضیح: نامه موافقت باید بدون قید و شرط و با تایید معاونت اداری و مالی یا رئیس موسسه ارائه شود.**

**توجه: آن دسته از پذیرفته شدگانی که در زمان پذیرش و ثبت نام با موسسات دولتی رابطه استخدامی داشته و در طول تحصیل به هر نحوی مشخص شود که خلاف آن را به دانشگاه اعلام داشته اند شامل عدم ارائه اطلاعات صحیح می باشند و عواقب ناشی از آن بعهده دانشجو می باشد.**

نام و نام خانوادگی:  
تاریخ و امضاء:

## فرم جایگزین مربوط به سهمیه رزمندگان و ایثارگران

اینجانب	فرزند	دارای کد
ملی	پذیرفته شده رشته	
مقطع	دوره	متعهد می شوم حداکثر تا ۲۳

آبان ماه ۹۷ نسبت به تحویل اصل فرم سهمیه رزمندگان و ایثارگران طبق بند ۵ شرایط اختصاصی "دفترچه راهنمای شرکت در آزمون" و بند ۳ ضوابط آزمون "دفترچه راهنمای انتخاب رشته محل دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته" رشته های گروه پزشکی (سال تحصیلی ۹۷-۹۸) مرکز سنجش آموزش پزشکی به اداره پذیرش دانشگاه تربیت مدرس اقدام نمایم در غیر این صورت قبولی اینجانب لغو شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

## فرم (۳۲) تعهدات ۹ گانه

اینجانب	فرزند	متولد (روز، ماه، سال)
دارای شناسنامه شماره	صادره از	محل تولد
به شماره کد ملی	پذیرفته شده در رشته	
مقطع	دوره	تعهد می نمایم:

۱- تعهد تسویه حساب با محل تحصیل قبل و پیگیری تائیدیه تحصیلی و ریز نمرات  
مراحل تسویه حساب خود را با موسسه آموزشی مقطع قبل حداکثر تا ۲ ماه آینده به پایان رسانده و پیگیر ارسال تائیدیه تحصیلی و ریز نمرات مقطع قبلی خود به دانشگاه تربیت مدرس باشم. در غیر این صورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۲- تعهد انجام انتخاب واحد در هر ترم تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی  
تا پایان تحصیل، هر نیم سال تحصیلی بر اساس تقویم دانشگاهی مراحل انتخاب واحد خود را به طور کامل و در زمان مقرر انجام دهم. در غیر این صورت تابع تصمیمات دانشگاه می باشم.

۳- تعهد انجام تسویه حساب در زمان قطع رابطه دانشجویی  
در زمان قطع رابطه دانشجویی (فارغ التحصیلی، انتقالی، انصراف، اخراج) نسبت به تسویه حساب با این دانشگاه در اسرع وقت اقدام نمایم. در غیر این صورت عواقب آن بر عهده اینجانب است.

۴- تعهد عدم تحصیل همزمان در ۲ دانشگاه  
در دانشگاهها یا سایر موسسات آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ثبت نام نکرده و اشتغال به تحصیل ندارم و متعهد می شوم در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب لغو شود.

۵- تعهد درج اطلاعات صحیح و مدارک در زمان ثبت نام  
با توجه به اطلاعات و مدارک ارائه شده توسط اینجانب، صحت اطلاعات و مدارک ارسالی مورد تایید اینجانب می باشد و متعهد می شوم در صورت عدم تطابق با اصل و یا مغایرت آنها با واقعیت قبولی اینجانب لغو گردد و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

۶- تعهد خدمت و بهره مندی از مزایای آموزش رایگان در دانشگاهها و موسسات آموزش عالی (پذیرفته شدگان دوره های روزانه)  
با اطلاع کامل از لایحه قانونی اصلاح مواد هفت و هشت قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی که در جلسه مورخ ۱۳۵۹/۲/۱۲ شورای انقلاب اسلامی ایران به تصویب رسیده است و قبول تکالیف و وظایف خود علاقه مند هستم در طول تحصیل دوره کارشناسی ارشد از مزایای آموزش رایگان طبق قانون مذکور استفاده نموده و تعهد می نمایم که در صورت نیاز برابر مدت استفاده از تحصیلات رایگان در هر موسسه ای که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر نموده خدمت نمایم.

۷- تعهد ارایه اطلاعات و مدارک مطابق با شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل  
با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط پذیرش و ادامه تحصیل در مقطع قبلی اقدام به ارایه اطلاعات و مدارک نموده ام و در هر مرحله از ثبت نام و هنگام تحصیل، چنانچه مشخص گردد حقایق را کتمان نموده و یا اطلاعات غلطی ارائه و واحد شرایط نمی باشم، قبولی اینجانب «کان لم یکن» تلقی شده و تابع مقررات خواهم بود.

۸- تعهد تکمیل فرمهای صلاحیت های عمومی  
با اطلاع کامل از شرایط و ضوابط ثبت نام مشروط نسبت به تکمیل فرم صلاحیت های عمومی اقدام نموده ام.

۹- کلیه آئین نامه ها شیوه نامه ها، ضوابط و مقررات آموزشی، پژوهشی، دانشجویی و فرهنگی مندرج در سایت دانشگاه تربیت مدرس را مطالعه نمایم و متعهد به اجرای آن باشم.

خواهشمند است دستور فرمائید ثبت نام اینجانب طبق مقررات انجام شود.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:



## شرایط و نحوه پرداخت شهریه تحصیلی دانشجویان شهریه پرداز رشته های علوم پزشکی کارشناسی ارشد

میزان و نحوه پرداخت شهریه های ثابت و متغیر تحصیلی برای مقطع کارشناسی ارشد رشته های علوم پزشکی ورودیهای سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به شرح جدول زیر می باشد.

شهریه پایان نامه (ریال)		شهریه متغیر (ریال)				شهریه ثابت هر نیمسال (ریال)	گروه آموزشی
آزمایشگاهی و کارگاهی	نظری	جبرانی عملی	عملی	جبرانی نظری	نظری		
۶.۰۵۲.۰۰۰	۴.۳۶۸.۰۰۰	۱.۹۶۶.۰۰۰	۳.۹۳۳.۰۰۰	۱.۳۱۰.۰۰۰	۲.۶۲۱.۰۰۰	۱۰.۰۵۶.۰۰۰	علوم پزشکی

۱. شهریه ثابت برای ثبت نام نیمسال اول سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بر اساس جدول فوق و به صورت الکترونیکی از طریق سامانه جامع آموزشی گلستان و در هنگام ثبت نام غیر حضوری پرداخت می گردد.

۲. پرداخت شهریه متغیر بعد از ثبت نام حضوری و انتخاب واحد بصورت الکترونیکی از طریق سامانه جامع آموزشی گلستان و حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰ انجام گیرد.

۲. در صورت گذراندن دروس جبرانی، مردودی حذف اضطراری، حذف پزشکی یا طولانی شدن دوره تحصیل بیش از چهار نیمسال تحصیلی، دانشجو باید شهریه تحصیلی مربوط را حسب مورد وفق مقررات دانشگاه جداگانه پرداخت نماید.

۳. دانشجویان شاهد و ایثارگر (فرزندان و همسران شهدا، جانبازان ۲۵% به بالا و فرزندان و همسران آنان، آزادگان و فرزندان و همسران آنان) در زمان ثبت نام غیر حضوری نیازی به پرداخت شهریه ندارند و لازم است کارت شناسایی ایثارگری را (به صورت پشت و رو) به شماره ۸۲۸۸۳۱۱۹ با ذکر مشخصات کامل دانشجو و شماره تماس همراه، فاکس نمایند و در زمان ثبت نام حضوری همراه مدارک ایثارگری به دفتر امور دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه جهت تکمیل پرونده مراجعه نمایند. ( شماره تماس دفتر امور دانشجویان شاهد و ایثارگر ۸۲۸۸۳۱۱۲ می باشد)

۴. شهریه دریافتی در صورت انصراف دانشجو به هیچ وجه مسترد نخواهد شد .



۵- مشخصات چهار نفر معرف مورد اعتماد غیر خویشاوند قابل دسترس از محل تحصیل یا کار که نسبت به شما شناخت کافی داشته باشند،

در جدول ذیل مرقوم فرمائید (حتی المقدور فرهنگی بوده و در یک استان سکونت داشته باشند)

نام و نام خانوادگی	نوع رابطه	مدت آشنائی	شغل معرف	نشانی- تلفن محل تحصیل یا محل کار- همراه

۶- نشانی محل سکونت خود را در جدول ذیل قید فرمائید.

نشانی	استان	شهر	خیابان	کوچه	پلاک
قبلی					
فعلی					

۷- شماره تلفنی که بتوان در مواقع ضروری با شما تماس گرفت:

شماره تلفن منزل	
شماره تلفن همراه	
شماره تلفن محل کار	

۸- دواطلبانی که دارای سابقه همکاری و عضویت در ارگانها و نهادهای انقلابی (سابقه حضور در جبهه، عضویت در بسیج، سپاه پاسداران، انجمن‌های اسلامی، دارالقرآن، ایثارگران و ...) می‌باشند، ضروری است اصل گواهی مربوطه را از دستگاه ذیربط اخذ و به ضمیمه این فرم ارسال دارند.

۹ - فرم صلاحیت عمومی (یک نسخه اصلی همراه با الصاق عکس + یک نسخه کپی) و یک نسخه کپی از شناسنامه و کارت ملی

و اصل فیش بانکی به مبلغ ۳۵۰/۰۰۰ ریال به شماره شبا حساب IR ۷۷۰۱۰۰۰۰۴۰۰۱۰۲۱۱۰۱۰۷۴۸۹ بنام خزانه داری کل کشور در

کلیه شعب بانک ملی به ضمیمه این فرم روز ثبت نام تحویل گردد.

از نظر قانونی و شرعی مسوولیت صحت کلیه

اینجانب .....

مندرجات این برگ را تعهد می‌نمایم.

تاریخ:

امضاء

فرم اطلاعات وضعیت طرح نیروی انسانی پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد

فرم شماره ۳۴

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پذیرفته شدگان موارد زیر را به دقت کامل نموده و با درج علامت X مشخص و در صورت لزوم، مدرک وضعیت طرح خود را به پیوست این فرم ارسال نمایند.

نام خانوادگی : نام فرزند : صادره از :

کد ملی : تاریخ تولد :

رشته تحصیلی مقطع قبل : تاریخ فراغت از تحصیل مقطع قبل :

لطفا بر حسب مورد با درج علامت X وضعیت طرح خود را مشخص نمایید:

گواهی پایان طرح  معافیت از طرح  مشمول طرح نیستم  دانشجوی ترم آخر  ترخیص از طرح

لطفا وضعیت طرح نیروی انسانی خود را با توجه به توضیحات زیر با درج علامت X مشخص نمایید:

۱- گواهی پایان یا معافیت از طرح برای فارغ التحصیلان رشته های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی.

۲- گواهی پایان یا معافیت از طرح ویا هرمدركي که نشان دهنده وضعیت طرح باشد برای فارغ التحصیلان رشته های : پرستاری، اتاق عمل، هوشیاری، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی، فوریت های پزشکی، پرستاری دندانپزشکی و بهداشت دهان به شرح ذیل:

الف- افرادی که قبل از تاریخ ۹۵/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده اند.

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۹۵/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده ودرآزمون سال ۹۶ شرکت نموده اند.

ج- اتباع خارجی دارای شناسنامه ایرانی در زمان فارغ التحصیلی

۳- افراد زیر نیازی به ارائه پایان یا معافیت از طرح ندارند:

الف- بقیه رشته ها (به جز رشته های مندرج در بند ۱ و ۲)

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۹۵/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده ودر آزمون سال ۹۶ شرکت نکرده اند.

ج- پذیرفته شدگان که در لیست ارسالی توسط مرکزسنجش پزشکی به عنوان استعداد درخشان معرفی شده اند.

د- اتباع خارجی (به جز بند ج-ردیف ۲ فوق الذکر)

اینجانب ضمن تایید صحت موارد فوق اعلام می دارم که به لحاظ وضع طرح تعهد خدمت از نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، منعی برای ثبت نام و ادامه تحصیل ندارم. در غیر این صورت عواقب مترتب بر آن به عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ و امضاء :