

فرم تاییدیه صحت سلامت

اینجانب : به شماره دانشجویی : فرزند :
بشماره شناسنامه : تاریخ تولد : صادره از :
کد ملی : پذیرفته رشته : دوره:

براساس دفترچه راهنمای شماره ۲ سازمان سنجش آموزش کشور (صفحه ۱۲۴) مراتب تأیید صحت سلامت خود را اعلام می نمایم. بدیهی است در صورت عدم احراز (سلامت کامل جسمانی) از سوی مراجع پزشکی دانشگاه واجد شرایط تحصیل نباشم، موسسه آموزشی مجاز می باشد برابر دستور العمل اشاره شده در دفترچه سازمان سنجش از تحصیل اینجانب جلوگیری و راساً حکم انصراف از تحصیل را صادر نماید و حق هیچگونه اعتراض را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی
محل امضاء و تاریخ