فرم تاییدیه صحت سلامت

اینجانب　　به شماره دانشجویی :　　فرزند :

بشماره شناسنامه :　　تاریخ تولد :　　صادره از :

کد ملی :　　پذیرفته شده در رشته :

براساس دفترچه راهنمای شماره ۲ سازمان سنجش آموزش کشور (صفحه ۱۰۷) مراتب تائید 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 امضاءو تاریخ