

فرم درخواست انتقال

ریاست / معاون محترم آموزشی دانشکده.....

اینجانب فرزند متولد / / ۱۳ صادره از دانشجوی رشته
مقطع دوره ورودی نیمسال اول / دوم سال تحصیلی که تا کنون تعداد واحد از دروس مربوطه
خود را با میانگین نمره گذرانده ام تقاضا می نمایم در مورد انتقال دائم اینجانب از نیمسال اول / دوم سال تحصیلی
۱۴۰۳-۱۴۰۴ به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی اقدام مقتضی معمول دارید.

آدرس محل اقامت :

تلفن جهت تماس در مواقع ضروری :

بدینوسیله علل درخواست خود را همراه مدارک لازم بشرح ذیل پیوست می نمایم :

- ۱- /
- ۲- /
- ۳- /
- ۴- /

تذکره :

ضمناً آگاهی کامل میدارم که مسئولیت هرگونه مشکل احتمالی ناشی از انتقال و نقض مدارک و اقدام پس از موعد مقرر به عهده اینجانب خواهد بود و دانشگاه مبدأ و مقصد مسئولیتی در قبال آن نخواهند داشت .

امضاء دانشجو / / تاریخ :

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل

شماره :

سلام علیکم

تاریخ :

ضمن تأیید مندرجات بالا و موافقت با درخواست آقای / خانم

مراتب جهت اقدام لازم ارسال می گردد.

معدل نیمسال قبل:

میانگین کل نمرات:

مدیر گروه.....

رئیس / معاون آموزشی دانشکده.....

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی.....

شماره:

تاریخ:

احتراماً، بدینوسیله تقاضای انتقال خانم / آقای دانشجوی رشته این دانشگاه منضم به مدارک مربوطه ایفاد می گردد. خواهشمند است دستور فرمائید بررسی و در صورت موافقت نتیجه را اعلام تا اقدام لازم به منظور تسویه حساب دانشجو و ارسال مدارک تحصیلی به آن دانشگاه بعمل آید.

دکتر علیرضا سالار

معاون معاونت آموزشی دانشگاه

تعهد

اینجانب دانشجوی رشته _____ به شماره دانشجویی _____ دوره: روزانه / شبانه
مقطع: کاردانی / کارشناسی که به دستگاه اجرائی خاص تعهد دارم / ندارم و با توجه به تبصره یک ماده ۲ آیین نامه نقل و انتقال
موافقت آن اداره / سازمان (نام ارگان) به پیوست ضمیمه می باشد، خود را ملزم میدانم که فرم فقط در جهت انتقال
دائم به دانشگاه علوم پزشکی _____ از نیمسال اول / دوم سال تحصیلی ۱۴۰۴ - ۱۴۰۳ قابل ارزش بوده و در صورت پذیرش
دانشگاه مقصد به عنوان میهمان از نظر دانشگاه مبدا و اینجانب فاقد اعتبار اثر خواهد بود ، اما در صورت موافقت با انتقال دائم
دو هفته قبل از شروع نیمسال آینده نتیجه را به دانشگاه مبدا اطلاع و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به تسویه حساب اقدام نمایم.
ضمناً متعهد می گردم نتیجه نهائی را حداکثر ظرف مهلت مقرر اعلام و در غیر اینصورت آموزش مجاز به ابطال برگه انتخاب واحد
اینجانب می باشد.

آدرس محل سکونت دانشجو:

تاریخ: / /

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو: