

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی لرستان
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

فرم تعهد نامه دانشجویان انتقالی

تاریخ:

شماره:

ریاست محترم مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

اینجانب دانشجوی رشته با شماره دانشجویی قبلی و شماره دانشجویی فعلی که به تبع پذیرش انتقالی به آن مجتمع منتقل شده ام ، بدینوسیله تعهد می نمایم که در صورت عدم قبولی در هر یک از واحدهای درس پیش نیاز، در هر زمان از دوره تحصیل، مراتب را به آموزش اطلاع دهم و پذیرای هر گونه تغییرات در پرونده آموزشی خود خواهد بود و کلیه عواقب این اقدام (که از جانب واحد آموزش مجتمع سلامت برای اینجانب بطور کامل تشریح گردیده است) من جمله مقررات مالی و شهریه پردازی و عدم همخوانی دروس دانشکده مبدا و مقصد با یکدیگر و افزایش تعداد ترم تحصیلی و سنوات تحصیلی را بر عهده می گیرم

دکتر محسن قیطاسوند
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

معاونت آموزشی
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

نام و نام خانوادگی دانشجو
امضا و اثر انگشت