

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی لرستان  
مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

### فرم تعهد نامه دانشجویی

تاریخ:

شماره:

اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... با شماره دانشجویی ..... که  
درخواست ..... در دانشکده مبدا و مقصد پذیرفته گردیده و قصد انجام اقدامات نهایی این امر را دارم 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.

معاونت آموزشی

مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

دکتر محسن قیطاسوند

مجتمع آموزش عالی سلامت دورود

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا و اثر انگشت