



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پرستاری دورود

تاریخ :

فرم تعهد نامه دانشجویان انتقالی

شماره :

ریاست محترم دانشکده پرستاری 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 دانشکده پرستاری دورود برای اینجانب به طور 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 .

ریاست دانشکده

معاونت آموزشی دانشکده

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا و اثر انگشت