تاريخ: ............................................

شماره: ..........................................

فرم شماره 1

**به نام خدا**

**فرم‌ اخذ تعهد از فارغ‌التحصيلان‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج ‌از كشور**

**و دانشجويان‌ فعلي‌ و انصرافي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ كشور**

اينجانب؛

نام ........................... *نام‌خانوادگي ..................................................* فرزند ........................... متولد سال ‌..................... داراي‌ کدملي/ شماره شناسنامه........................................................... صادره از ................................................... ساكن ..........................................‌ در آزمون‌ سراسري ‌سال 1404 در گروه ‌آزمايشي ..................................... در رشته ...................................... (کد ) دانشگاه / مؤسسه ‌آموزش عالي ............................................................................. پذيرفته‌ شده‌ام‌، متعهد مي‌شوم‌:

1- فارغ‌التحصيل‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ و خارج‌ از كشور در مقطع‌ بالاتر:

الف) از مقطع كارداني ‌‌در رشته‌هاي تحصيلي گروه آموزش پزشكي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ب) از مقطع كارشناسي در رشته‌هاي تحصيلي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي فارغ‌التحصيل شده‌ام 🌕 نشده‌ام 🌕

ج) دانشجوي‌ فعلي‌ یا اخراجي‌ دانشگاه‌ها و مؤسسات‌ آموزش‌ عالي‌ داخل‌ كشور مي‌باشم.‌ 🌕 نمي‌باشم‌ 🌕

د) قبل‌ از ثبت‌نام در رشته قبولی جدید، از تحصيل‌ در رشته قبلی خود انصراف‌ قطعي‌ حاصل‌ نموده‌ و گواهي‌ از مؤسسه ‌آموزش‌ عالي‌ ذيربط و اداره‌ كل‌ امور دانشجويان‌ مربوط را دريافت‌ داشته‌ام 🌕

**تبصره:** دانشجويان فعلي دوره روزانه، نوبت دوم (شبانه)،‌ نيمه حضوري و مؤسسات غيرانتفاعي دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالي كه از معافيت تحصيلي استفاده نمي‏كنند، مجاز بوده‌اند بدون ‌انصراف‌ از تحصيل در آزمون سراسري‌ ثبت‏نام و شركت نمايند. بديهي است در صورت قبولي در آزمون سراسري، اين‌دسته از متقاضیان‌ باید قبل از ثبت‏نام در رشته قبولي جديد، از رشته قبولي قبلي خود انصراف قطعي حاصل نموده و گواهي مربوط را به مؤسسه‌ ذيربط‌ ارائه نمايند. لازم به‌ توضيح ‌است‌ كه‌ اين‌‌‎دسته‌ از متقاضیان حق بازگشت و ادامه تحصيل در رشته قبولي قبلي خود را ندارند.

ضمناً در صورت‌ عدم‌ صحت‌ مطالب‌ فوق‌ اين‌ مؤسسه/ ‌دانشگاه‌ مي‌تواند از تحصيل‌ اينجانب‌ در هر مقطعي‌ از تحصيل‌ ممانعت‌ به عمل‌ آورده‌ و مطابق‌ مقررات‌ مربوطه‌ اقدام‌ نمايد.

**محل سكونت‌** : ...............................................................................................................................................................................................................................

تاريخ‌: ....................................

امضاء و اثر انگشت: