

وضعیت طرح نیروی انسانی

پذیرفته شدگان موارد زیر را به دقت کامل نموده و با درج علامت **X** مشخص و در صورت لزوم، مدرک وضعیت طرح خود را به پیوست این فرم ارسال نمایند.

نام خانوادگی :

کد ملی :

نام :

رشته تحصیلی مقطع قبل :

تاریخ فراغت از تحصیل مقطع قبل :

لطفا بر حسب مورد با درج علامت **X** وضعیت طرح خود را مشخص نمایید:

گواهی پایان طرح ☐ معافیت از طرح ☐ مشمول طرح نیست ☐ دانشجوی ترم آخر ☐ ترخیص از طرح ☐

لطفا وضعیت طرح نیروی انسانی خود را با توجه به توضیحات زیر با درج علامت **X** مشخص نمایید:

۱- گواهی پایان یا معافیت از طرح برای فارغ التحصیلان رشته های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی. ☐

۲- گواهی پایان یا معافیت از طرح و یا هرمدرکی که نشان دهنده وضعیت طرح باشد برای فارغ التحصیلان رشته های : پرستاری، اتاق عمل، هوشبری، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی، فوریت های پزشکی، پرستاری دندانپزشکی و بهداشت دهان به شرح ذیل:

الف- افرادی که قبل از تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده اند. ☐

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده و در آزمون سال ۱۴۰۳ شرکت نموده اند. ☐

ج- اتباع خارجی دارای شناسنامه ایرانی در زمان فارغ التحصیلی ☐

۳- افراد زیر نیازی به ارائه پایان یا معافیت از طرح ندارند:

الف- بقیه رشته ها (به جز رشته های مندرج در بند ۱ و ۲) ☐

ب- افرادی که بعد از تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱ فارغ التحصیل شده و در آزمون سال ۱۴۰۳ شرکت نکرده اند. ☐

ج- پذیرفته شدگان که در لیست ارسالی توسط مرکز سنجش پزشکی به عنوان استعداد درخشان معرفی شده اند. ☐

د- اتباع خارجی (به جز بند ج- ردیف ۲ فوق الذکر) ☐

اینجانب ضمن تایید صحت موارد فوق اعلام می دارم که به لحاظ وضع طرح تعهد خدمت از نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، منعی برای ثبت نام و ادامه تحصیل ندارم. در غیر این صورت عواقب مترتب بر آن به عهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ و امضاء :