بسمه تعالی

تاریخ ۹۶/۱۲/۱۵
شماره ۶/۳۲۰۳۲۷
پیوست .....

دانشگاه شاهد
مدیریت امور آموزشی

«فرم تعهد نامه»

اینجانب .....محمدمهدی محرابی.....فرزند.....مجید..... دارای شماره شناسنامه .....۲۳۳۰۱۹۶۱..... صادره از .....تهران..... به شماره ملی.....۲۳۳۰۱۹۶۱..... و شماره دانشجویی.....۹۷۴۲۳۰۵۱۱..... دانشجوی رشته .....پزشکی..... ورودی .....۹۷..... دانشکده .....پزشکی..... متعهد می شوم طی دوره کارورزی/ کارآموزی در مرکز.....دانشگاه تهران..... نسبت به جبران خسارات احتمالی وارده از سوی اینجانب به آن مرکز اقدام نمایم، در ضمن چنانچه در پرداخت تعهدات خود کوتاهی یا تأخیر نمایم، دانشگاه مجاز خواهد بود صدور مدرک فارغ التحصیلی اینجانب را منوط به جبران خسارت و تسویه بدهی نماید و در صورت انصراف از تحصیل و اخراج و یا هر عاملی که مانع از ادامه تحصیلاتم در دانشگاه شاهد گردد، دانشگاه مجاز خواهد بود از طریق مراجع ذیصلاح و صدور اجرائیه نسبت به اخذ خسارات از اینجانب اقدام نماید و تشخیص دانشگاه در خصوص قصور و تقصیر و میزان خسارات وارده قطعی بوده و حق هر گونه اعتراضی را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء و اثر انگشت

محمدمهدي محرابي

نشانی: تهران - ابتدای آزادراه تهران قم - روبروی حرم امام خمینی (ره) - ساختمان مرکزی - صندوق پستی: ۵۹۰-۱۸۱۵۵ کدپستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱۰ تلفن: ۵۱۲۱۳۱۱۶ فکس: ۵۱۲۱۳۵۳۵