دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

دانشکده بهداشت

شماره:

تاریخ:

پیوست:

تقاضای انتقال دانشجو (توام با تغییر رشته)

اینجانب ..... به شناسنامه شماره ..... صادره از .....

فرزند..... به شماره دانشجویی ..... با اطلاع کامل از قوانین آئین نامه انتقال و تغییر رشته دانشجویان و با توجه به موقعیت و تعهدات و شرایط ذیل بدینوسیله تقاضای تغییر رشته از رشته ..... با کد (.....) به رشته ..... با کد (.....) دانشگاه..... دارم.

وضع تاهل : ..... تعداد فرزند : ..... محل اقامت والدین استان ..... شهر ..... رشته تحصیلی ..... مقطع: ..... سال ورود: ..... تعداد واحد گذرانده : ..... معدل: ..... وضعیت و شرایط : شاهد ☐ جانباز ☐ معلول ☐

سرپرست خانواده ☐ آزاد ☐

ضمناً بدینوسیله موارد زیر را کتباً متعهد می گردم:

۱-با توجه به کسب اطلاعات لازم در مورد تغییر رشته و آگاهی از شرایط و ضوابط مربوطه متعهد می گردم در صورت موافقت دانشگاههای مبدا و مقصد از درخواست تغییر رشته منصرف نشده و در اسرع وقت با این دانشگاه تسویه حساب نمایم.

۲- مسئولیت هر گونه اطلاعات نادرست را نیز شخصاً بعهده می گیرم.

آدرس دقیق محل سکونت: .....

کدپستی : ..... کد تلفن: ..... تلفن ضروری : .....

تاریخ : .....

.....

اداره کل آموزش دانشگاه

دانشکده بهداشت با درخواست دانشجوی یاد شده مبنی برانتقال توام با تغییر رشته موافقت دارد.

معاون آموزشی دانشکده

امضاء و مهر دانشکده