« بسمه تعالي »

گواهی تعهد متقاضی برای رعایت مفاد دستورعمل

برای شرکت در دوره كارشناسي ارشد آموزش جامعه نگر در نظام سلامت

اینجانب خانم/آقای........................... فرزند......................... متولد...................... تاریخ تولد....................با شماره شناسنامه ......................... و کد ملی ..........................

شاغل در ................................... تعهد می نمایم که واجد تمامی شرایط شرکت در دوره كارشناسي ارشد آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت منطبق بر بندهای زیر می باشم. در صورتی که در هر زمان ثابت شود که واجد شرایط نبوده ام خود را متعهد به جبران خسارات به نحوی که دانشگاه مقرر می نماید می دانم.

1-دارا ی مدرك تحصیلی مطابق مفاد دستورعمل پذیرش هستم.

2- فعاليت مرتبط **تمام وقت** حداقل در 2 سال اخير به صورت مستمر تا زمان ثبت­نام در

* **مربي مرکز آموزش بهورزي** 🞏
* **مدير مرکز آموزش بهورزي** 🞏
* **كارشناس آموزش بهورزي** 🞏
* **كارشناس مسئول بهورزي**🞏

را داشته ام.

3-دارای حداقل 5 سال مجموع خدمات در نظام شبكه هستم.

4-کلیه مفاد قوانین و دستورعمل های مرتبط با ادامه تحصیل را رعایت کرده ‌ام و پس از فراغت از تحصیل به تعهدات خود در قبال امکاناتی که در زمینه تحصیل برایم فراهم شده عمل خواهم کرد.

این فرم می بایست در 3 نسخه برای فرد متقاضی، یکی برای کارگزینی حوزه معاونت بهداشت و یکی برای دانشگاه ثبت نام کننده تکمیل خواهد شد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | نام و نام خانوادگي متقاضی  امضاء |