

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
معاونت آموزشی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
دفتر استعدادهای درخشان

**فرم تایید اطلاعات اجرای آئین نامه تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان ممتاز و استعدادهای درخشان
بدون آزمون ورودی**

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

شماره شناسنامه: کد ملی:

تاریخ فراغت از تحصیل (حداکثر تا پایان ۱۴۰۱/۵/۳۱):

رشته تحصیلی مقطع کارشناسی:

کد ورودی دوره کارشناسی:

دانشکده:

دوره: روزانه شبانه

ورودی: مهر بهمن

مقطع: کارشناسی پیوسته کارشناسی ناپیوسته

معدل (۷ ترم برای پیوسته و ۳ ترم برای ناپیوسته): اعشار صحیح

معدل (۸ ترم برای پیوسته و ۴ ترم برای ناپیوسته): اعشار صحیح

معدل فراغت از تحصیل تا تاریخ ۱۴۰۱/۲/۳۱: اعشار صحیح

رتبه:

امتیاز کسب شده:

رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد:

مورد تایید کمیته انضباطی می باشد: بلی خیر

شماره تلفن ثابت:

شماره تلفن همراه:

اینجانب..... با شماره دانشجویی..... صحت اطلاعات فوق را تایید کرده و مسئولیت خطا یا نقص در
اطلاعات را بر عهده می گیرم.

تاریخ
امضا دانشجو

امضا و مهر
مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

امضا و مهر
معاونت آموزشی