



فرم شماره ۱
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**فرم مشخصات فردی و اخذ تعهد از پذیرفته شدگان مبنی بر داشتن تمامی شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی
دفترچه راهنمای آزمون**

مشخصات داوطلب

نام : نام خانوادگی : نام پدر : کد ملی : تاریخ
تولد : محل تولد : نوع رشته کاردانی : دانشگاه محل تحصیل :
سال فارغ التحصیلی : وضعیت نظام وظیفه :
آدرس :
شمار تماس :

اینجانب داوطلب دوره کارشناسی ناپیوسته فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی، دارای همه شرایط و ضوابط عمومی و اختصاصی مندرج در دفترچه راهنمای آزمون فوق هستم .
لذا متعهد می شوم که در صورت عدم صحت مطالب فوق این مؤسسه آموزشی / دانشگاه می تواند از تحصیل اینجانب در هر مقطعی از تحصیل ممانعت به عمل آورده و مطابق مقررات مربوط اقدام نماید.

تاریخ : نام و نام خانوادگی :
امضا :