

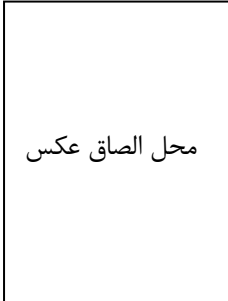


این قسمت توسط دانشگاه تکمیل شود

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

شماره:.....
تاریخ:.....

فرم بررسی درخواست پذیرش بدون آزمون دانشجویان ممتاز جهت ورود به مقطع
کارشناسی ارشد سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲



معاون محترم آموزشی دانشگاه حضرت معصومه (س)
با سلام

به اطلاع می‌رساند خانم.....
از نیمسال اول/دوم سال تحصیلی..... در رشته.....

دوره روزانه/شبانه مقطع..... در این دانشگاه مشغول به تحصیل شده و تا پایان ترم ششم با
گذراندن..... واحد درسی (سه چهارم واحدهای درسی) و کسب معدل کل تا نیمسال
ششم، در بین نفر دانشجوی هم‌رشته و هم ورودی خود دارای رتبه و جزء پانزده درصد
برتر دوره خود می‌باشد و حداکثر در هشت نیمسال و تا تاریخ ۱۴۰۱/۶/۳۱ دانش‌آموخته می‌گردد.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی
مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی:

رشته مورد تقاضا:

گرایش مورد تقاضا به ترتیب اولویت: ۱- ۲- ۳-

نشانی دقیق محل سکونت:

کد پستی منزل:

آدرس پست الکترونیکی:

شماره تلفن منزل (با قید پیش‌شماره):

شماره تلفن همراه:

اینجانب..... متقاضی استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان، ضمن آگاهی از اینکه ارائه
درخواست به منزله پذیرش در این دانشگاه نمی‌باشد، متعهد می‌شوم تمامی مدارک را در نهایت دقت و صحت تکمیل و ارسال
نموده و چنانچه خلاف آن ثابت شود دانشگاه مجاز است طبق مقررات با اینجانب رفتار نماید.

امضا متقاضی:

تاریخ تقاضا: