



دانشگاه پزشکی گیلان

فرم تعهد والدین مخصوص خواهران دانشجو

عکس

مشخصات دانشجو:

نام خانوادگی: نام پدر: محل صدور: نام پدر: شماره شناسنامه: رشته قبولی: تاریخ تولد: سهمیه: کد ملی: آدرس دقیق و شماره تلفن محل سکونت (منزل و همراه):

شماره تلفن ولی / قیم دانشجو: شماره تلفن یکی از اقوام نزدیک با ذکر نسبت:

ولی / قیم محترم خواهر دانشجوی رشته: به شماره دانشجویی:

سلام علیکم:

خواهشمند است به منظور همکاری در برقراری نظارت مستمر نسبت به رفت و آمد دانشجویان در خوابگاه این فرم را تکمیل نموده و به امور دانشجویی تسلیم نمایید. لازم به توضیح است که دانشگاه در اجرای درخواستهای شما که در ذیل این برگ آمده است، سعی خود را خواهد نمود و لیکن تعهدی را متقبل نمیشود.

اینجانب ولی دانشجو

ساکن خوابگاه بدینوسیله اعلام میدارم که فرزندم اجازه دارند در طول سال تحصیلی با تکمیل فرم مربوط به تنهایی به شهر محل سکونت خانواده رفت و آمد کنند و مسئولیت هماهنگی و کنترل آن با اینجانب (ولی دانشجو) میباشد، ضمناً

الف) بستگان محارم (پدر، پدربزرگ، برادر، همسر، پسر برادر، پسر خواهر، عمو، دایی) که می توانند با ارایه گواهینامه رانندگی و یا شناسنامه و رعایت مقررات در محل خوابگاه با دانشجو ملاقات نمایند.

تبصره: برای سکونت شبانه در خارج از خوابگاه به همراه همسر ارائه شناسنامه همسر الزامی است.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شغل	نسبت با دانشجو
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

ب) مشخصات بستگان نزدیک دانشجو در شهر دانشگاهی (الیگودرز) که دانشجو می تواند (با رعایت مقررات مربوطه) بعضی از شبها نزد آنها بماند.

ردیف	نام و نام خانوادگی سرپرست خانواده	نام پدر	نسبت با دانشجو	تلفن	آدرس دقیق در شهرستان مورد نظر
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

تذکره: طبق بند ۴ آیین نامه انضباطی سرپرست خوابگاه یا بازرسان امور دانشجویی دانشگاه در صورت لزوم می توانند به منزل خویشاوند دانشجو مراجعه و حضور دانشجو را در آنجا تایید نمایند.

ج) بستگانی که در شهرهای مجاور شهر دانشگاهی ساکن بوده و دانشجوی می تواند (با رعایت قوانین مربوطه) در ایام تعطیل به آنجا مسافرت و اقامت نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی سرپرست خانواده	نام پدر	نسبت با دانشجو	تلفن	آدرس دقیق در شهرستان مورد نظر
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

د - فرزندم اجازه دارد/ ندارد در اردوهای داخل و خارج استانی که دانشکده برگزار می نماید شرکت کند. (مسئولیت هرگونه حادثه احتمالی به عهده دانشجو می باشد.)

ذ - فرزندم اجازه دارد/ ندارد در ترم های هفت و هشت شبها بعد از پایان ساعت مجاز ورود و خروج به عنوان کار دانشجویی در بیمارستان یا درمانگاه کار کند و دانشکده در قبال مشکلات احتمالی مسئولیتی ندارد.

ر - فرزندم اجازه دارد / ندارد بدون حضور کارکنان دانشکده و به تنهایی و با همراه دوستان تا قبل از ساعت قانونی ورود و خروج خارج از خوابگاه باشد (مسئولیت هرگونه حادثه احتمالی به عهده دانشجو می باشد.)

تذکر: در صورت هرگونه تغییر در آدرس هر یک از بستگان بایستی ظرف یک هفته توسط ولی دانشجو که این فرم را تکمیل نموده تهیه و به آدرس الیگودرز خیابان ولی عصر شمالی دانشکده پرستاری امور دانشجویی ارسال شود.
شماره تلفن جهت تماس ۰۶۶۴۳۳۶۳۹۳

اینجانب ولی دانشجو تکمیل مندرجات فوق را تایید می نمایم .

امضا و اثر انگشت سرپرست تام الاختیار دانشجو

امضا ولی دانشجو باید تأیید محضری شود.

مسئولیت هرگونه دخل و تصرف در فرم مذکور و عدم رعایت صداقت در تکمیل مندرجات فرم بعهدہ تکمیل کننده خواهد بود .

امضا

تحویل امور دانشجویی شد.

فرم امضا شده در تاریخ

امضا

تحویل مسئول خوابگاه شد.

فرم امضا شده در تاریخ