



به نام خدا

تاریخ:

شماره:

فرم اظهاریه صحت سلامت

اینجانب فرزند به شماره ملی تاریخ تولد
صادره از پذیرفته شده رشته مقطع
سهمیه براساس دفترچه راهنمای کنکور سراسری سال سازمان سنجش آموزش کشور (بخش
پیوست ها) مراتب صحت سلامت خود را اعلام می نمایم. بدیهی است در صورت عدم احراز سلامت کامل جسمانی و روانی
از سوی مراجع پزشکی دانشگاه، چنانچه واجد شرایط تحصیل نباشم و یا مشخص شود که از صحت سلامت برخوردار نبوده
ام، موسسه آموزشی (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز) مجاز می باشد برابر دستورالعمل اشاره شده
در دفترچه سازمان سنجش از تحصیل اینجانب جلوگیری و راسا حکم محرومیت از تحصیل و یا تغییر رشته را صادر نماید و
حق هیچگونه اعتراض نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

امضا و تاریخ