

بسمه تعالی

فرم تعهد پذیرفته شدگان رشته MPH سیاستگذاری سلامت

اینجانب فرزند به شماره ملی..... پذیرفته شده رشته MPH
سیاستگذاری سلامت اعلام می نمایم:

- فارغ التحصیل رشته مقطع از دانشگاه در تاریخ میباشم .
- در حال حاضر دانشجوی رشته مقطع دانشگاه علوم پزشکی میباشم.

و همچنین صحت کلیه اطلاعات و مدارک ثبت نامی را تایید نموده و اعلام می نمایم در صورت ارایه اطلاعات و مدارک ناقص و غیرواقعی دانشگاه مجاز است در هر مرحله از تحصیل نسبت به جلوگیری از تحصیل اینجانب اقدام نموده و در صورت فارغ التحصیلی از اعطای هر گونه تاییدیه و مدرک فراغت از تحصیل خودداری نماید.

نام و نام خانوادگی

امضا و تاریخ

