

بسمه تعالی

فرم اظهاریه صحت سلامت

اینجانب ----- فرزند ----- به شماره ملی ----- تاریخ تولد -----
- صادره از ----- پذیرفته شده رشته ----- مقطع -----
سهمیه ----- براساس دفترچه راهنمای کنکور سراسری سال ۱۴۰۳ 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 نبوده‌ام، موسسه آموزشی (دانشگاه
علوم پزشکی 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.

- اصل این فرم را پس از تکمیل و امضا به همراه سایر مدارک ثبت نامی به آدرس دانشگاه ارسال نمایید.

نام و نام خانوادگی

محل امضا و تاریخ