



شماره:.....

تاریخ:.....

فرم بررسی درخواست پذیرش بدون آزمون دانشجویان ممتاز جهت ورود به مقطع
کارشناسی ارشد سال تحصیلی ۹۵-۹۴

این قسمت توسط دانشگاه تکمیل شود

معاون محترم آموزشی دانشگاه حضرت معصومه (س)

با سلام

محل الصاق عکس

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 (حداقل ۱۰۰ واحد) و کسب معدل کل..... تا نیمسال
ششم، در بین..... نفر دانشجوی هم‌رشته و هم‌ورودی خود دارای رتبه..... و جزء ده درصد برتر
دوره خود می‌باشد و حداکثر در هشت نیمسال و تا تاریخ ۹۴/۶/۳۱ دانش‌آموخته می‌گردد.

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی.....

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی:

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:

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود