

اطلاعیه فوری و مهم

دانشجویان محترم استعدادهای درخشان فارغ التحصیل در رشته های مختلف مقطع کارشناسی حائز شرایط آئین نامه های استعداد درخشان و سهمیه های بدون آزمون و با آزمون ورودی جهت داندلود و تکمیل فرم های مربوط به استفاده از سهمیه در آزمون کارشناسی ارشد ۱۳۹۶ به لینک های پائین مراجعه کنید:.

ضمناً دانشجویان استعداد درخشان بدون آزمون یک نسخه کپی از گواهی های شرکت در کارگاه های کمیته تحقیقات دانشجویی و مرکز مطالعات و مقالات چاپ شده پژوهشی و طرح های تحقیقاتی اتمام یافته و مقالات ارائه شده در همایش ها و کنگره ها را به همراه فرم های مربوط شماره ۲ و ۳ تکمیل شده و سایر مدارک تا پایان وقت اداری ۱۳۹۶/۰۵/۹ به آموزش کل یا مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تحویل فرمائید یا به شماره ۰۵۴۳۲۲۳۵۳۲۰ فکس نمائید یا به ایمیل واحد استعداد های درخشان مرکز مطالعات به آدرس **Omi.sargazi@gmail.com** ارسال فرمائید.

در صورت عدم ارسال به موقع فرم ها و مستندات مربوط به دانشجویان بدون آزمون کلیه عواقب بر عهده شخص دانشجو خواهد بود و دفتر استعداد درخشان و آموزش کل مسئولیتی در قبال عدم ارسال به موقع مدارک از سوی دانشجو بر عهده نخواهند گرفت.

جهت دریافت فرم ها به ادامه مطلب رجوع کنید:
*قابل ذکر است فرم های مربوطه در دو نسخه تکمیل گردد.

فرم شماره ۱) فرم درخواست استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان مربوط به تمامی دانشجویان استعدادهای درخشان با آزمون و بدون آزمون ورودی:

حضور معاونت محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل

با سلام

احتراما اینجانب با شماره شناسنامه و کد ملی فارغ التحصیل رشته مقطع ورودی با معدل کل واجد شرایط استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان (با آزمون و بدون آزمون) می باشم؛ خواهشمند است در خصوص معرفی اینجانب به مرکز سنجش آموزش پزشکی جهت استفاده از این سهمیه دستورات لازم را مبذول فرمائید.

با تشکر

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء

✓ فرم شماره ۲) مخصوص متقاضیان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد ویژه
 ✓ استعدادهای درخشان بدون آزمون ورودی:

| | | |
|--------------------|---|--|
| | | کد ملی |
| | | نام |
| | | نام خانوادگی |
| | | نام پدر |
| | | شماره شناسنامه |
| | | تاریخ فارغ التحصیلی (از تاریخ ۹۵/۵/۳۰ لغایت ۹۶/۵/۳۱) |
| | | رشته تحصیلی مقطع کارشناسی |
| | | دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی |
| | | کد ورودی |
| | | دانشکده |
| روزانه / شبانه | | دوره (روزانه-شبانه) |
| مهر / بهمن | | ورودی (مهر - یا بهمن) |
| پیوسته / نا پیوسته | | کارشناسی (پیوسته یا نا پیوسته) |
| اعشار | / | صحیح |
| معدل | | |
| اعشار | / | صحیح |
| امتیاز | | |
| | | رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد |
| بلی / خیر | | مورد تایید کمیته انضباطی می باشد (بلی - خیر) |
| | | شماره تلفن ثابت |
| | | شماره تلفن همراه |
| | | شماره کارت ورود به جلسه آزمون - در صورت نداشتن عدد صفر را وارد نمایید |

امضاء داوطلب:

فرم شماره ۳) مخصوص متقاضیان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد ویژه

استعدادهای درخشان با آزمون ورودی

| | | |
|--------------------|------|--|
| | | کد ملی |
| | | نام |
| | | نام خانوادگی |
| | | نام پدر |
| | | شماره شناسنامه |
| | | تاریخ فارغ التحصیلی (از سال ۱۳۹۴ لغایت ۳۱/۵/۹۶) |
| | | رشته تحصیلی مقطع کارشناسی |
| | | دانشگاه محل تحصیل مقطع کارشناسی |
| | | کد ورودی |
| | | دانشکده |
| روزانه / شبانه | | دوره (روزانه-شبانه) |
| مهر / بهمن | | ورودی (مهر - یا بهمن) |
| پیوسته / نا پیوسته | | کارشناسی (پیوسته یا نا پیوسته) |
| اعشار | صحیح | معدل |
| | | رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد |
| | | رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد |
| | | دارا بودن شرایط هر یک از بندهای ماده ۳: (مورد قید شود) |
| بلی / خیر | | مورد تایید کمیته انضباطی می باشد (بلی - خیر) |
| | | شماره تلفن ثابت |
| | | شماره تلفن همراه |
| | | شماره کارت ورود به جلسه آزمون |

امضاء داوطلب: