

بسمه تعالی

فرم اظهاریه صحت سلامت

اینجانب فرزند به شماره
ملی تاریخ تولد صادره از پذیرفته
شده رشته مقطع برا اساس دفترچه
راهنمای انتخاب رشته کنکورسراسری 1401 سازمان سنجش آموزش کشور (بخش
پیوست ها) مراتب صحت و 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،
دانشگاه علوم پزشکی فسا مجاز می باشد برابر دستور العمل 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 هیچ گونه اعتراض نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

محل امضا و تاریخ