



فرم تعهد نامه طول مجاز تحصیل دوره دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته

اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... نام پدر ..... دانشجوی کارشناسی ارشد رشته ..... ورودی ..... دانشکده ..... با توجه به ماده ۱۴ فصل ششم آیین نامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته مصوب چهل و سومین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۱۸ مبنی بر: " طول دوره مدتی است که دانشجو باید دروس تعیین شده در دوره و همچنین پایان نامه را بر اساس مقررات مربوط به اتمام برساند، حداکثر مدت مجاز تحصیل در دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته ۳ سال است . چنانچه دانشجو در این مدت نتواند دروس دوره را با موفقیت بگذراند و پایان نامه خود را تکمیل و از آن دفاع نماید از ادامه تحصیل محروم می شود . تبصره: شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه می تواند، در موارد استثنایی به پیشنهاد استاد راهنما و تایید شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده حداکثر یک نیمسال تحصیلی به مدت مجاز تحصیل دانشجو اضافه کند." و نیز طبق بند شماره ۱۲ صورتجلسه هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی البرز مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۸ به دانشگاه اجازه داده می شود از دانشجویان دوره روزانه مقطع کارشناسی ارشد که به علت قصور خود دانشجو و بعد از اتمام سه سال سنوات آموزشی مجاز، موفق به اتمام تحصیل خود در سنوات مجاز تحصیلی نشده اند و مشمول اخذ یک ترم سنوات ارفاقی گردیده اند ، طبق بند ۷-۲ نظامنامه شهریه های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز معادل نیمی از شهریه ثابت هر نیمسال تحصیلی شهریه دریافت نمایند. اینجانب ضمن مطالعه کامل موارد فوق و آگاهی از مفاد آن متعهد می گردم که در حداکثر مدت مجاز تحصیل در دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته (۳ سال معادل ۶ نیمسال تحصیلی) دروس رشته خود را با موفقیت گذرانده و پایان نامه خود را تکمیل و از آن دفاع نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می تواند برابر مقررات در این خصوص تصمیم گیری و اقدام نماید

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء دانشجو

تاریخ

نامه فوق بدون مهر دانشگاه فاقد اعتبار می باشد