فرم ب:

**بسمه تعالي**

**معاونت محترم آموزشي و تحصيلات تكميلي دانشگاه سيستان و بلوچستان**

با سلام؛

احتراما اينجانب ............................................................ فرزند ..................................................... به شماره ملي .............................................. دانشجوي نيمسال آخر/ دانش آموخته رشته........................................................ گرايش............................................ ورودي.................................. دانشگاه..........................................، علاقه مندم كه از طريق تسهيلات آيين نامه هاي وزارتي و مصوبات دانشگاه در مقطع كارشناسي ارشد دوره روزانه دانشگاه سيستان و بلوچستان در مهرماه 99 ادامه تحصيل دهم. خواهشمند است تقاضاي پذيرش اينجانب در رشته گرايش هاي زير (به ترتيب اولويت) بررسي و نتيجه را در پرتال سازمان سنجش آموزش كشور ثبت نماييد:

اولويت1........................................................................ اولويت2................................................................ اولويت3....................................................

اينجانب با آگاهي و اختيار كامل، در همه حال مطيع قوانين و مقررات آموزشي، دانشجويي و پژوهشي مصوب دانشگاه سيستان و بلوچستان و وزارت علوم، تحقيقات و فناوري و نظام وظيفه عمومي بوده و مي دانم و مي پذيرم كه بايستي حداكثر تا تاريخ 31/6/99 از دوره كارشناسي فارغ التحصيل شده ( در تاریخ .............................. فارغ التحصیل گردیده ام) و در شروع نيمسال اول سال تحصيلي 1400-1399 در دوره كارشناسي ارشد ثبت نام اوليه كرده و در كلاسهاي درس حضور يابم. مي دانم كه ثبت نام قطعي از اينجانب منوط به تاييد وزارت علوم، تحقيقات و فناوري و سازمان سنجش آموزش كشور و ساير مراجع ذيصلاح از جمله گزينش است و از اين بابت تابع مقررات جاري بوده و كليه عواقب آن را مي پذيرم. اينجانب اعلام مي كنم كه به هيچ سازمان يا نهادي تعهد خدمت نداشته و مي توانم با شروع دوره كارشناسي ارشد، به صورت تمام وقت در اختيار دانشگاه باشم. اينجانب نتيجه بررسي دانشگاه و اطلاعيه هاي بعدي مرتبط با پذيرش بدون آزمون را مرتبا (حتي در خلال تابستان) از طريق وب سايت دانشگاه به آدرس: www.usb.ac.ir پيگيري كرده و مطابق آن عمل مي كنم.

بدينوسيله كليه مراتب فوق را تاييد كرده و متعهد مي شوم كه در هر زمان و هر مرحله از تحصيل، كه خلاف تعهدات فوق كشف و اثبات شود، از ادامه تحصيل محروم و از دانشگاه اخراج شده و عواقب قانوني مترتبط به آن را بدون هيچگونه اعتراضي، پذيرا باشم.

نام و نام خانوادگي متقاضي:.........................................شماره دانشجویی متقاضي:....................................تاريخ:................................ شماره تلفن همراه:...................................شماره تلفن ثابت:.......................................آدرس كامل پستي: ............. ........................ ................. .................... ................................ تاریخ فراغت از تحصیل ......................................... امضاء متقاضی .................................................
اثر انگشت متقاضی .................................