



فرم خوداظهاری درخواست شرکت در آزمون جامع دکتری / بورده

اینجانب با شماره دانشجویی دانشجوی دکتری تخصصی رشته گروه آموزشی متقاضی شرکت در آزمون جامع دکتری / بورده با پذیرش مسئولیت اجرای کامل پروتکل های بهداشتی اظهار می نمایم:

- مبتلا به بیماری کووید 19 نمی باشم.
- عواقب احتمالی ناشی از عدم اجرایی پروتکل های بهداشتی بعهده اینجانب می باشد.
- در صورت هرگونه تغییر در وضعیت سلامت اینجانب قبل از موعد برگزاری آزمون جامع دکتری / بورده در اسرع وقت به اداره آموزش دانشکده اطلاع دهم.

پاسخ فوق را با هوشیاری و صداقت ثبت نموده و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضاء