باسمه تعالی

فرم ۸

دانشگاه علوم پزشکی فسا
مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

تعهد کارت شناسایی دانشجویی

اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... با شماره دانشجویی .....

کارت دانشجویی خود را دریافت نموده و متعهد به رعایت موارد ذیل می گردم:

۱- در حفظ و نگهداری کارت کوشا بوده و آن را در اختیار فرد دیگری قرار نداده و هیچگونه سوء استفاده ای از آن به عمل نیاورم.

۲- در صورت مفقود شدن، مراتب را سریعاً به مدیریت امور آموزشی اطلاع دهم.

۳- پس از اتمام مدت اعتبار کارت با مراجعه به مدیریت امور آموزشی نسبت به تمدید آن اقدام نمایم.

۴- هنگام فراغت از تحصیل، کارت را به مدیریت امور آموزشی تحویل نمایم.

تاریخ و امضا