**باسمه تعالی**

**فرم ۵**

دانشگاه علوم پزشکی فسا
مدیریت امور آموزشی

## اظهاریه صحت سلامت

اینجانب ..... فرزند ..... دارای کد ملی ..... متولد ..... پذیرفته شده در رشته ..... مقطع ..... بر اساس دفترچه راهنمای انتخاب رشته آزمون سراسری سال ..... 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 بر اساس دستور العمل اشاره شده در دفترچه سازمان سنجش از تحصیل اینجانب جلوگیری و رأساً حکم محرومیت از تحصیل و یا تغییر رشته را صادر نماید و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

**تاریخ و امضا**