



دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان  
دانشکده علوم پزشکی

با احترام؛ اینجانب.....فرزند.....دانشجوی رشته ..... ورودی ۱۳۹۹ با شماره دانشجویی ..... با توجه به شیوع بیماری کرونا و عدم امکان حضور در موعد تعیین شده توسط دانشگاه، جهت انجام معاینات پزشکی، اعلام می دارم فاقد هرگونه بیماری یا نقص عضوی که مانع تحصیل شود، می باشم و متعهد می شوم در موعد مقرر اعلام شده توسط دانشگاه جهت انجام معاینات حضور یابم. بدیهی است در صورت محرز شدن بیماری هایی که مطابق قوانین و مقررات ابلاغی از سوی سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانع ادامه تحصیل اینجانب در رشته مذکور شود، ثبت نام اینجانب کان لم یکن بوده و لذا حق هرگونه ادعا و اعتراضی راجع به تصمیمات دانشگاه را از خود سلب و ساقط می نمایم.

امضاء و اثر انگشت