بسمه تعالی

فرم جابجایی دانشجویان دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی

۱- نام خانوادگی: ۲- نام

جنس: مرد☑ زن ☐ ۴- شمارهٔ شناسنامه ۵- شهرستان محل صدور شناسنامه:

۶- سال تولد: ۷- نام پدر ۸- وضعیت تأهل: مجرد☑ متأهل ☐

۹- تعداد فرزندان: ــــ

۱۰- شهر و استان محل اقامت والدین: شهر یزد استان یزد

۱۱- سال ورود به دانشگاه: بهمن ۸۶ ۱۲- نام دانشگاه محل تحصیل: علوم پزشکی تبریز

۱۳- نام رشته و گرایش آن: نام رشته: ..... گرایش..... دبیری..... غیردبیری:.....

۱۴- تعداد ترمهای گذرانده شده تا کنون: **یک ترم**

۱۵- مقطع تحصیلی: کاردانی ــ کارشناسی پیوسته ــ کارشناسی ناپیوسته ..... کارشناسی ارشد پیوسته ـ

۱۶- تعداد واحدهای قبولی: **ــــ واحد** ۱۷- معدل کل واحدهای گذرانده شده: ــــ

۱۸- واجد کدام یک از شرایط زیر هستید؟

شاهد ☐ جانباز ☐ معلول ☐ سرپرست☑

۱۹- متقاضی جابجائی به کدام دانشگاه می باشید؟ نام دانشگاه

اینجانب ..... دستورالعمل جابجائی را به دقت مطالعه و فرم فوق را تکمیل نمودم مسئولیت هرگونه اطلاعات نادرست را بعهده می گیرم.

رئیس داشکده **محل تائید مهر و امضاء امور آموزشی دانشگاه** **محل امضاء دانشجو**

تاریخ:

(این قسمت براساس بند ۱۲ دستورالعمل جابجائی توسط دانشگاه مقصد تکمیل خواهد شد)

«جدول امتیازدهی موضوع بند ۱۲ دستورالعمل جابجائی»

عوامل / امتیاز	دانشجوی دختر	دانشجوی متأهل	تعداد فرزندان دانشجو	معدل کل	شهر دانشگاهی محل اقامت خانوادهٔ دانشجو	فرزند شاهد	جانباز	سرپرست خانواده	معلول	جمع