



شماره.....

تاریخ.....

بسمه تعالی

فرم درخواست اطلاعات آموزشی متقاضیان پذیرش بدون آزمون در مقطع کارشناسی ارشد ۱۴۰۱-۱۴۰۲

(ویژه دانشجویان کارشناسی)

تکمیل کلیه قسمت های این درخواست الزامی دانشگاه مسئولیتی در قبال پذیرش پرونده های ناقص ندارد

مشخصات فردی:

محل الصاق عکس	نام	شماره شناسنامه
	نام خانوادگی	سریال شناسنامه
	نام پدر	محل صدور
	جنسیت	محل تولد
	تاریخ تولد	شماره تماس
	کد ملی	پست الکترونیکی
آدرس محل سکونت		

توسط دو طلب تکمیل شود.

رشته و گرایش مورد تقاضا در کارشناسی ارشد	
اولویت اول:	اولویت دوم:
اولویت سوم:	اولویت چهارم:
اینجانب..... به تمام سوالات مطرح شده در فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و صحت آنها را تعهد می نمایم. همچنین مطلع هستم که ارسال مدارک به دانشگاه و پذیرش اولیه به منزله پذیرش قطعی نمی باشد و مدارک ارسالی و مبلغ پرداختی عودت داده نخواهد شد و موارد مطرح شده در صفحه دوم را تایید و تعهد مینمایم.	
تاریخ/...../..... امضاء	

مشخصات تحصیلی مقطع کارشناسی پیوسته	
نام و آدرس دانشگاه محل تحصیل	تعداد کل واحدها در پایان دوره کارشناسی
نوع دوره	معدل کل تا پایان نیمسال ششم
شماره دانشجویی	رتبه در مجموع ورودی شبانه و روزانه تا پایان نیمسال ششم
نام رشته تحصیلی	تعداد واحدهای گذرانده تا پایان نیمسال ششم
گرایش	تعداد نفرات ورودی رشته فارغ التحصیلی (مجموع شبانه و روزانه)
تاریخ شروع به تحصیل	آیا واحد معادل سازی شده داشته اید؟
تاریخ فارغ التحصیلی	واحد های معادل سازی شده از کدام دانشگاه بوده است؟
تعداد نیمسال های فارغ التحصیلی	تعداد واحد معادل سازی شده
آیا همه نمرات دانشجو تا پایان ترم هفتم اعلام شده است؟	تعداد نیمسال معادل سازی شده

توسط دانشگاه یا موسسه آموزش عالی محل تحصیل تایید گردد.

مدیر امور آموزشی دانشگاه/ موسسه آموزش عالی نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضاء

دانشجو شرایط لازم جهت معرفی به گروه آموزشی را احراز نموده است. بلی..... خیر.....
کارشناس دفتر هدایت استعداد های درخشان دانشگاه نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضا

توسط دفتر استعداد درخشان تکمیل شود.



شماره.....

تاریخ.....

بسمه تعالی

فرم درخواست اطلاعات آموزشی متقاضیان پذیرش بدون ازمون در مقطع کارشناسی ارشد ۱۴۰۱-۱۴۰۲

(ویژه دانشجویان کارشناسی)

تکمیل کلیه قسمت های این درخواست الزامی دانشگاه مسئولیتی در قبال پذیرش پرونده های ناقص ندارد

از مدیریت امور آموزشی دانشگاه / موسسه آموزش عالی.....

به رئیس گروه حمایت از استعداد های درخشان دانشگاه ملایر

گواهی میشود خانم/ آقای..... فرزند..... به شماره شناسنامه.....

شماره سریال (حرف و اعداد شش رقمی)..... کد ملی.....

دانشجوی ترم آخر ☐ دانش آموخته ☐ رشته..... گرایش.....

ورودی نیمسال اول ☐ نیمسال دوم سال ☐ دوره روزانه ☐ دوره شبانه ☐ در مقطع کارشناسی پیوسته این دانشگاه / موسسه آموزش

عالی بوده و تاریخ فراغت از تحصیل وی به شرح زیر بوده یا خواهد بود:

تاریخ فراغت از تحصیل برای افراد دانش آموخته : روز..... ماه..... سال.....

تاریخ احتمالی فراغت از تحصیل برای دانشجوی ترم آخر: روز..... ماه..... سال.....

نامبرده پس از گذراندن ۶ ترم و گذراندن واحد درسی، در بین..... نفر (مجموع دوره روزانه و شبانه) از دانشجویان هم رشته و هم

ورودی نیمسال اول ☐ / دوم ☐ (نیمسال ورود به تحصیل) سال تحصیلی..... خود با کسب میانگین نمرات رتبه (به

عدد)..... به حروف..... را احراز نموده و جزء "پانزده درصد" برتر دانشجویان هم رشته و هم ورودی در این دانشگاه / موسسه آموزش

عالی میباشد. این گواهی صرفا جهت اطلاع گروه امور حمایت از استعداد های درخشان دانشگاه ملایر صادر شده و فاقد هر گونه ارزش قانونی

دیگری است.

۱- مدیر گروه آموزشی

۲- معاون آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشکده

۳- مدیر کل آموزشی دانشگاه

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

مهر و امضاء

مهر و امضاء

مهر و امضاء

تاریخ

تاریخ

تاریخ

امضاء متقاضی