

« باسمه تعالی »

اینجانب فرزند متولد
به شماره شناسنامه صادره از محل تولد
ساکن خوابگاه
نشانی منزل
دانشجوی رشته ورودی دانشکده
به شماره دانشجویی که کارت دانشجویی خود را در
تاریخ در محل به علت مفقود نموده ام.
بدینوسیله متعهد و ملتزم می شوم که در قبال هرگونه سوء استفاده احتمالی از کارت شناسایی
مفقود شده اعم از مادی و معنوی در مراجع اداری و قضائی جوابگو بوده و از عهده خسارات وارده
به اشخاص حقیقی و حقوقی برآیم . ضمناً متعهد می شوم که هرگونه تغییر در نشانی محل
سکونت خود را بلافاصله به حراست دانشگاه علوم پزشکی و آموزش دانشکده اطلاع دهم.

امضاء متعهد

تاریخ

اینجانب با قبول مسئولیت شرعی و قانونی اظهارات
آقای/خانم دانشجوی را تایید می نمایم.