

**الف) مشخصات دانشجو**

اینجانب ..... رشته ..... شماره دانشجویی ..... مقطع ..... دوره روزانه  شهریه پرداز   
با علم به مقررات و آیین نامه اسکان که به رویت (در سایت دانشگاه) رسیده است متقاضی سکونت در خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی سمنان می باشم .

**ب) شرایط واگذاری و مقررات خوابگاه مطابق با آیین نامه اسکان:**

ماده 21 : خوابگاه دانشجویی به دانشجویان غیر بومی دوره روزانه در حد امکانات و مقادورات تعلق می گیرد .  
و در موارد خاص با نظر کمیته اسکان بلامانع می باشد .

تبصره 1: طبق آخرین مصوبه کمیته اسکان به دانشجویان کاردانی 2 ترم (1 سال) به دانشجویان کارشناسی 4 ترم (2 سال) و دانشجویان پزشکی 7 ترم (3/5 سال) خوابگاه تعلق می گیرد .

ماده 23: دانشجویان شاهد و ایثارگر ، تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد خمینی (ره) فرزندان خانواده های کم درآمد ، دارندگان رتبه های ممتاز آزمون سراسری، المپیاد های علمی، فرهنگی، هنری، ورزشی، قرآنی و ممتازان علمی و فرهنگی در سطح دانشگاه، کشور، آسیا یا جهان، کارکنان مامور به تحصیل و فرزندان کارکنان دانشگاه و وزارت که در دانشگاه علوم پزشکی پذیرفته شده باشند به ترتیب در اولویت واگذاری خوابگاه قرار دارند .  
-در صورتیکه واجد شرایط هر یک از شرایط فوق هستید مشخص فرمائید.

ماده 24- 1 : دانشجویان میهمان ، جابجایی ، انتقالی ، بورسیه سازمانهای انتظامی اعم از ارتش، سپاه، نیروی انتظامی و سایر سازمان ها از اولویت استفاده از خوابگاه برخوردار نمی باشند. در صورت وجود ظرفیت تقاضای آنها در کمیته اسکان طرح و بررسی خواهد شد .

ماده 28- بند 1 : افزایش دوره اسکان به پیشنهاد شورای آموزشی دانشگاه، ستاد شاهد و ایثارگر، مرکز مشاوره و با تصویب شورای اسکان بلامانع خواهد بود .

ماده 29 - کمیته اسکان می تواند در صورت کمبود ظرفیت و امکانات حداکثر سکونت را کاهش دهد.

\*\*\*\*\*

اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... به شماره دانشجویی .....  
متعهد می گردم:

1- در هر خوابگاه که دانشگاه برای اینجانب پیش بینی نماید اسکان نموده و اعتراض ننمایم .

2- در صورت تأهل کپی صفحه اول عقدنامه را به سرپرستی خوابگاه تحویل نمایم .

3- از جابجا کردن اموال اتاق و انتقال به اتاقهای دیگر خودداری نمایم .

4- با توجه به آیین نامه اسکان و مقررات خوابگاه دانشجویان علوم پزشکی سمنان در صورت اعلام امور دانشجویی نسبت به تخلیه و تسویه حساب با خوابگاه اقدام نمایم در غیر این صورت مسئولیت هر گونه عواقب و تصمیم گیری مسئولین به عهده اینجانب می باشد .

5- آیین نامه اسکان و مقررات خوابگاه دانشجویان علوم پزشکی سمنان را مطالعه نموده و ملزم به رعایت مندرجات آیین نامه می باشم و اگر خلاف آیین نامه اقدام نمایم مسئولیت هرگونه عواقب و تصمیم گیری مسئولین به عهده اینجانب می باشد.

آدرس محل سکونت: .....

شماره تماس : .....

نام و نام خانوادگی

امضاء

**بسمه تعالی**

**فرم مشخصات فویشاوندان**

**توسط ولی دانشجو تکمیل گردد**

ولی محترم خواهر / برادر ..... دانشجوی رشته ..... ورودی .....

سلام علیکم؛

ضمن تبریک موفقیت فرزندان در آزمون سراسری دانشگاه علوم پزشکی و عطف به درخواست خوابگاه برای اسکان نامبرده، مقتضی است با مطالعه دقیق این فرم ما را در راستای وظایف خود مبنی بر مراقبت از فرزندان یاری فرمایید اوقات حضور دانشجویان در خوابگاه بر اساس ضوابط ابلاغی به ایشان مورد کنترل قرار گرفته و رفت و آمد فرزندان در اماکن مختلف منوط به اجازه قبلی شماست .

لذا مقتضی است در کادر ذیل نسبت به درج مشخصات آشنایانی که فرزندان مجاز به حضور (شبانه - روزانه و یا شهرستانهای دیگر ) در آنجاست اقدام فرمایید .

بدیهی است دانشجو قبل از هر گونه اقدام باید کتبا مراتب را به این حوزه اعلام نماید .

**اداره امور خوابگاهها**

**مشخصات والدین :**

| نام و نام خانوادگی | نسبت | شغل | تلفن منزل | تلفن همراه | تلفن محل کار | امضاء |
|--------------------|------|-----|-----------|------------|--------------|-------|
|                    |      |     |           |            |              |       |
|                    |      |     |           |            |              |       |

**فرم مشخصات فویشاوندان دانشجو (در سمنان و شهرستانها) :**

| نام و نام خانوادگی | نسبت | تلفن منزل | تلفن محل کار | تلفن همراه | امضاء |
|--------------------|------|-----------|--------------|------------|-------|
|                    |      |           |              |            |       |
|                    |      |           |              |            |       |
|                    |      |           |              |            |       |
|                    |      |           |              |            |       |

آیا فرزند شما مجاز به شرکت در همایش ها - گردش های علمی - اردوها و مراسم مذهبی خارج از خوابگاه می باشد

بلی  خیر

آیا به دانشگاه علوم پزشکی کفالت می دهید در صورتی که فرزند شما دانشجوی رشته ..... ورودی ..... با مشکل بیمارستانی مواجه گردید که نیاز به عمل جراحی فوری باشد برگه عمل جراحی را امضاء نمایند .

بلی  خیر

اینجانب ..... ولی دانشجو ..... ضمن آگاهی از مفاد مقررات انضباطی دانشگاه ضمن ضمانت التزام فرزند خویش به این مقررات و درخواست مسئولین دانشگاه مبنی بر اعمال هر گونه اقدام مقتضی بر مصالح ایشان، درخواست دارم در صورت استنکاف مشارالیه از رعایت موازین ابلاغی به ایشان، طبق ضوابط جاری دانشگاه با وی رفتار فرمایند و رضایت خویش را نسبت به رفت و آمد فرزندم به منزل خویشاوندان مذکور اعلام نموده و در صورت هر گونه پیشامد غیر مترقبه مسئولیت ان به عهده اینجانب خواهد بود .

**تأیید امضاء ولی قانونی دانشجو**

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**امضاء:**

**(( فرم مشخصات دانشجویان مستقر در خوابگاه دانشجویی ))**

**\* اداره امور خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی سمنان \***

محل الصاق  
عکس

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه .....

کد ملی ..... تاریخ تولد ..... رشته تحصیلی .....

سال ورود ..... شماره دانشجویی ..... وضعیت تأهل .....

نشانی کامل محل اقامت خانواده و شماره تلفن منزل :

.....

در صورت اشتغال آدرس و تلفن محل کار خود را بنویسید :

.....

شماره همراه دانشجو: .....

شماره همراه پدر: .....

شماره همراه مادر: .....

**مشخصات اعضای خانواده :**

| نام و نام خانوادگی | نسبت | سن | تحصیلات | شغل | آدرس و تلفن |
|--------------------|------|----|---------|-----|-------------|
|                    |      |    |         |     |             |
|                    |      |    |         |     |             |
|                    |      |    |         |     |             |
|                    |      |    |         |     |             |
|                    |      |    |         |     |             |
|                    |      |    |         |     |             |

**اطلاعات تکمیلی دانشجو:**

- 1- آیا شما از خانواده شهدا، آزادگان، جانبازان و ایثارگران می باشد؟ (در صورت دارا بودن ارائه گواهی الزامیست).  بلی  خیر
- 2- آیا شما تحت پوشش کمیته امداد یا هزیستی می باشید؟ (در صورت تحت پوشش بودن ارائه گواهی الزامیست).  بلی  خیر
- 3- آیا شما از فرزندان خانواده کم در آمد می باشید؟ (ارائه استشهاد محلی الزامیست).  بلی  خیر
- 4- آیا والدین شما در قید حیات می باشند؟  بلی  خیر
- 5- آیا شما دارای رتبه های ممتاز در زمینه های ورزشی، قرآنی، فرهنگی و .... می باشید؟ ( ارائه گواهی الزامیست)  بلی  خیر
- 6- آیا شما از کارکنان مامور به تحصیل می باشید؟ (گواهی محل کار)  بلی  خیر
- 7- آیا شما فرزند کارکنان دانشگاه علوم پزشکی می باشید؟ ( گواهی محل کار والدین)  بلی  خیر
- 8- مسافت شهر شما تا شهر محل تحصیل؟  بلی  خیر

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**امضاء**

**تاریخ**