**بنام خدا**

فرم شماره1

شماره: ........................... تاریخ: ..........................

**فرم گواهی دانشجوی ممتاز مقطع کارشناسی**

 ویژه متقاضیان پذیرش در دوره کارشناسی ارشد بدون آزمون

از: **دانشگاه/ موسسه آموزش عالی** ........................

به : **معاونت آموزشی دانشگاه سجاد**

گواهی می‏شود آقای/خانم .....................................فرزند .................. به شماره شناسنامه ...........................دانشجوی ترم آخر 🞎 / دانش آموخته 🞎 رشته ....................................گرایش ............................ ورودی نیمسال اول 🞎 دوم 🞎 سال تحصیلی..................

در مقطع کارشناسی پیوسته این دانشگاه / موسسه آموزش عالی بوده وتاریخ فراغت از تحصیل وی:

(ویژه دانشجویان ترم آخر) حداکثر تا 31/6/1404 خواهد بود 🞎

(ویژه دانش آموختگان) تاریخ فراغت ازتحصیل وی روز ........ ماه ......... سال ............. می‏باشد.

ونامبرده در بین ................ نفر از دانشجویان هم رشته و هم ورودی خود تا پایان ترم ششم با گذراندن ........... واحد و کسب معدل .................رتبه ........... را احراز نموده وجزء بیست درصد برتر دانشجویان هم رشته و هم ورودی در این دانشگاه /موسسه آموزش عالی می‏باشد وحداکثر در مدت هشت نیمسال تحصیلی دانش آموخته شده یا خواهد شد.

 معاون آموزشی دانشگاه/موسسه آموزش عالی

 نام ونام خانوادگی، امضا ومهر

اینجانب ......................................................... متقاضی پذیرش بدون آزمون در رشته/گرایش :

اولویت اول : ................................................................. اولویت دوم : ..................................................................

بوده وتعهد می‏نمایم که تا تاریخ 31/6/4140 فارغ‏التحصیل شوم.

 نام ونام خانوادگی دانشجو/تاریخ

آدرس محل سکونت:

شماره تماس: