

بنام خدا



## گواهی دانشجوی ممتاز مقطع کارشناسی

ویژه متقاضیان پذیرش در دوره کارشناسی ارشد بدون آزمون

شماره: .....

تاریخ: .....

از: دانشگاه / موسسه آموزش عالی .....

به : معاونت آموزشی دانشگاه سجاد

گواهی می‌شود آقای/خانم ..... فرزند ..... با کد ملی ..... شماره سریال شناسنامه .....  
 ..... دانشجوی ترم آخر  / دانش آموخته  رشته ..... گرایش ..... ورودی نیمسال اول  
 دوم  سال تحصیلی ..... پذیرش با آزمون  با سوابق تحصیلی   
 در مقطع کارشناسی پیوسته این دانشگاه / موسسه آموزش عالی بوده و تاریخ فراغت از تحصیل وی:  
 (ویژه دانشجویان ترم آخر) حداکثر تا ۱۴۰۰/۶/۳۱ خواهد بود   
 (ویژه دانش آموختگان) تاریخ فراغت از تحصیل وی روز ..... ماه ..... سال ..... می‌باشد.  
 و نامبرده 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 و جزء پانزده درصد برتر دانشجویان هم رشته و هم ورودی در این دانشگاه / موسسه آموزش عالی می‌باشد و حداکثر در  
 مدت هشت نیمسال تحصیلی دانش آموخته شده یا خواهد شد.

معاون آموزشی دانشگاه / موسسه آموزش عالی

نام و نام خانوادگی، امضا و مهر

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

اولویت اول : ..... اولویت دوم : .....

بوده و تعهد می‌نمایم که تا تاریخ ۱۴۰۰/۶/۳۱ فارغ‌التحصیل شوم.

نام و نام خانوادگی متقاضی / تاریخ

آدرس محل سکونت:

شماره تماس: