

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: