**اطلاعیه فوری و مهم**

**دانشجویان محترم استعدادهای درخشان فارغ التحصیل در رشته های مختلف مقطع کارشناسی حائز شرایط آئین نامه های استعداد درخشان و سهمیه های بدون آزمون و با آزمون ورودی جهت دانلود و تکمیل فرم های مربوط به استفاده از سهمیه در آزمون کارشناسی ارشد1402 به لینک های پائین مراجعه کنید:**

**ضمناً دانشجویان استعداد درخشان بدون آزمون یک نسخه کپی از گواهی های شرکت در کارگاه های کمیته تحقیقات دانشجویی و مرکز مطالعات و مقالات چاپ شده پژوهشی و طرح های تحقیقاتی اتمام یافته و مقالات ارائه شده در همایش ها و کنگره ها را به همراه فرم های مربوط شماره 1و2 و3 تکمیل شده و سایر مدارک تا پایان وقت اداری15/2/1402 به مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تحویل نمائید(واقع در تقاطع الغدیر و سعدی ) یا به ایمیل واحد استعداد های درخشان مرکز مطالعات به آدرس talent @gmail.com.zabolارسال فرمائید.(حتی المقدور با توجه به شرایط ایمیل گردد)**

 **در صورت عدم ارسال به موقع فرم ها و مستندات مربوط به دانشجویان بدون آزمون کلیه عواقب بر عهده شخص دانشجو خواهد بود و دفتر استعداد درخشان و** **آموزش کل مسئولیتی در قبال عدم ارسال به موقع مدارک از سوی دانشجو بر عهده نخواهند گرفت.**

**\*دانشجویان محترم برچسب حاوی شماره داوطلبی آزمون کارشناسی ارشد را پس از اتمام آزمون به همراه داشته باشند.**

**\*دانشجویان بدون آزمون که امسال هم زمان از سهمیه با آزمون هم استفاده میکنند سال بعد دیگراز این سهمیه( با آزمون)نمی توانند استفاده کنند.**

**\*دانشجویان متقاضی سهمیه استعداد درخشان بدون آزمون که همین امسال متقاضی سهمیه با آزمون شان هستند حتما هر دو فرم را تکمیل نمایند.**

**جهت دریافت فرم ها به ادامه مطلب رجوع کنید:**

**فرم شماره 1) فرم درخواست استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان مربوط به تمامی دانشجویان استعدادهای درخشان با آزمون و بدون آزمون ورودی:**

**حضور معاونت محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زابل**

**با سلام**

**احتراما اینجانب ................ با شماره شناسنامه ..................... و کد ملی .................. فارغ التحصیل رشته ........................... مقطع .............. ورودی................ با معدل کل ............... واجد الشرایط استفاده از سهمیه استعدادهای درخشان ( با آزمون و بدون آزمون) می باشم؛ خواهشمند است در خصوص معرفی اینجانب به مرکز سنجش آموزش پزشکی جهت استفاده از این سهیمه دستورات لازم را مبذول فرمائید.**

**با تشکر**

**نام و نام خانوادگی دانشجو**

**امضاء**

* **فرم شماره 2)  مخصوص  متقاضیان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد  ویژه استعدادهای درخشان بدون آزمون ورودي**:

|  |  |
| --- | --- |
| نام |  |
| نام خانوادگی |  |
| نام پدر |  |
| شماره شناسنامه |  |
|  تاریخ  فارغ التحصیلی(از1/6/1401 تا پایان 31/6/1402) |  |
| رشته تحصیلی مقطع کارشناسی |  |
| دانشگاه محل تحصیل  مقطع کارشناسی |  |
| کد ورودی(دوره کارشناسی) |  |
| دانشکده |  |
| دوره(روزانه-شبانه) |  روزانه/ شبانه  |
| ورودی(مهر- یا بهمن) | مهر/ بهمن  |
| کارشناسی (پیوسته یا نا پیوسته) | پیوسته/ نا پیوسته  |
| معدل کل 7ترممعدل کل  | اعشار | /  | صحیح  |
| امتیاز | اعشار | / | صحیح |
| رتبه داوطلب بین هم ورودی های دوره کارشناسی  |  |
| رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد |  |
| انتخاب رشته محل به ترتیب اولویت 1-2- |  |
| مورد تایید کمیته انظباطی می باشد(بلی - خیر) | بلی / خیر  |
| شماره تلفن ثابت |  |
| شماره تلفن همراه |  |
| شماره کارت ورود به جلسه آزمون |  |
| کدملی  |  |

**امضاء داوطلب:**

**فرم شماره 3)  مخصوص  متقاضیان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد  ویژه استعدادهای درخشان**

**با آزمون ورودی**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| نام |  |
| نام خانوادگی |  |
| نام پدر |  |
| شماره شناسنامه |  |
|  تاریخ  فارغ التحصیلی (از سال 1/7/1400 لغایت31/06/1402) |  |
| رشته تحصیلی مقطع کارشناسی |  |
| دانشگاه محل تحصیل  مقطع کارشناسی |  |
| کد ورودی |  |
| رتبه داوطلب بین هم ورودی های دوره کارشناسی |  |
| دانشکده |  |
| دوره(روزانه-شبانه) | روزانه /شبانه  |
| ورودی(مهر- یا بهمن) | مهر /بهمن  |
| کارشناسی (پیوسته یا نا پیوسته) | پیوسته /نا پیوسته  |
| معدل کل تا 7 ترم معدل کل  | اعشار |  | صحیح |  |
|  |  |
| رشته امتحانی مقطع کارشناسی ارشد |  |
| دارا بودن شرایط هر یک از بندهای ماده 3 :(مورد قید شود) |  |
| مورد تایید کمیته انظباطی می باشد(بلی - خیر) | بلی/ خیر  |
| شماره تلفن ثابت |  |
| شماره تلفن همراه |  |
| کد ملی |  |
|  |

**امضاء داوطلب:**