

(بسمه تعالی)

فرم گواهی امضاء

اینجانب.....فرزند.....به شماره شناسنامه.....تاریخ تولد.....صادره  
از.....محل تولد.....کد ملی.....ساکن.....  
خوابگاه.....

نشانی منزل.....

دانشجوی رشته.....ورودی.....دانشکده.....

به شماره دانشجویی.....که کارت دانشجویی خود را در تاریخ.....در  
محل.....به علت.....مفقود نموده ام بدین وسیله متعهد و ملتزم می شوم که در قبال هر گونه  
سوءاستفاده احتمالی از کارت شناسایی مفقود شده اعم از مادی و معنوی در مراجع اداری و قضائی جوابگو بوده و از عهده  
خسارت وارده به اشخاص حقیقی و حقوقی برایم ضمناً متعهد می شوم که هر گونه تغییر در نشانی محل سکونت خود را  
بلافاصله به حراست دانشگاه علوم پزشکی و آموزش اطلاع دهم.

امضاء متعهد

تاریخ

اینجانب ..... با قبول مسئولیت شرعی و قانونی اظهارات آقای/ خانم .....

دانشجوی ..... راتایید می نمایم.