

بسمه تعالی

فرم کمک هزینه تحصیلی نیمسال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی :

ویژه دانشجویان شاهد و ایثارگر روزانه

مشخصات فردی:	
نام خانوادگی:	نام پدر
نام:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	محل صدور شناسنامه:
کد ملی:	
مشخصات تحصیلی:	
دانشکده :	رشته تحصیلی:
مقطع تحصیلی:	
شماره دانشجویی :	ورودی مهر / بهمن سال :
تعداد واحد های اخذ شده:	تعداد واحدهای باقیمانده:
معدل نیمسال قبل:	
مشخصات ایثارگری:	
فرزند شهید ☐ فرزند شهیده ☐ فرزند جانباز ۵۰٪ به بالا ☐ آزاد ☐ فرزند آزاد ☐ همسر آزاد ☐ فرزند آزاد متوفی ☐ همسر آزاد متوفی ☐ جانباز ۲۵٪ به بالا ☐ فرزند جانباز ۲۵٪ به بالا ☐ بالا ☐ همسر جانباز ۲۵٪ به بالا ☐ فرزند جانباز ۲۵٪ به بالا (متوفی) ☐ همسر جانباز ۲۵٪ به بالا (متوفی) ☐ همسر جانباز ۵۰٪ به بالا ☐ همسر جانباز ۵۰٪ به بالا متوفی ☐	
وضعیت تاهل :	
مجرد ☐ متاهل ☐	
محل پرونده ایثارگری شهرستان:	
شماره پرونده یا کد رایانه ای ایثارگری به طور دقیق	
شماره حساب عابر بانک ملی (سیبا):	
(شماره حساب باید بنام خود دانشجو باشد. از ارائه شماره حساب دیگران جدا خودداری فرمائید)	
آدرس:	
تلفن تماس (همراه):	تلفن ثابت:

اینجانب تعهد می نمایم با اطلاع کامل از دستورالعمل پرداخت کمک هزینه تحصیلی ویژه دانشجویان شاهد و ایثارگر، کلیه اطلاعات مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت و دقت کامل تکمیل نموده و در صورتی که مطلبی خلاف واقع در این اطلاعات مشاهده و اثبات گردد کلیه وجوه دریافتی را با احتساب هزینه های مربوط یکجا به اداره کل امور دانشجویان شاهد و ایثارگر پرداخت نمایم. ضمناً تعهد می نمایم چنانچه در نیمسال دوم واجد شرایط دریافت کمک هزینه تحصیلی نباشم (فارغ التحصیل، مرخصی، کمتر از ۱۰ واحد و...) حداکثر تا آخر بهمن ماه به اداره کل امور شاهد و ایثارگر اطلاع دهم.

تاریخ

امضاء دانشجو