

پیوست شماره ۵

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

اداره کل بورس و اعزام دانشجویان

کاربرگ بررسی لغو تعهدات فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت خارج از کشور

نام دانشجو:	نام دانشگاه:
کشور محل تحقیق:	مدت دوره:
تاریخ شروع دوره فرصت تحقیقاتی:	تاریخ پایان دوره فرصت تحقیقاتی:
تاریخ آخرین خروج از کشور:	تاریخ آخرین ورود به کشور:
تاریخ دفاع از رساله:	
نوع خدمت برای لغو تعهد: ۱- فعالیت در دانشگاه <input type="checkbox"/> ۲- انجام خدمات دولتی <input type="checkbox"/> ۳- انجام خدمات غیر دولتی با بیمه <input type="checkbox"/>	
۱- فعالیت در دانشگاه: فعالیت پژوهشی <input type="checkbox"/> فعالیت آموزشی <input type="checkbox"/> مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ مدت فوق پس از بازگشت از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ فعالیت فوق به تایید استاد راهنما رسیده است؟ فعالیت فوق توسط معاون آموزشی یا پژوهشی تایید شده است؟ مستندات دال بر انجام فعالیت یا فعالیتهای فوق ارائه شده است؟	
۲- انجام خدمات دولتی: مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ آیا مدت مذکور توسط مقام مجاز در دستگاه دولتی تایید شده است؟ مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟	
۳- انجام خدمات غیر دولتی با بیمه: مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ آیا مدت مذکور توسط بالاترین مسئول در دستگاه غیردولتی تایید شده است؟ مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ آیا گواهی بیمه پرداخت بیمه در مدت مذکور ارائه شده است؟	

این فرم باید توسط کارشناس مربوطه در دانشکده تکمیل و تایید شود و چنانچه پاسخ هر یک از موارد فوق خیر باشد، صرفاً با ذکر توضیحات قابل بررسی است.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:

پیوست شماره ۶

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
اداره کل بورس و اعزام دانشجویان
کاربرگ بررسی لغو تعهدات فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت داخل کشور

نام دانشجو:	نام دانشگاه محل تحصیل:
نام مؤسسه محل تحقیق:	مدت دوره:
تاریخ شروع دوره فرصت تحقیقاتی:	تاریخ پایان دوره فرصت تحقیقاتی:
تاریخ دفاع از رساله:	
نوع خدمت برای لغو تعهد: ۱- فعالیت در دانشگاه <input type="checkbox"/> ۲- انجام خدمات دولتی <input type="checkbox"/> ۳- انجام خدمات غیر دولتی با بیمه <input type="checkbox"/>	
۱- فعالیت در دانشگاه: فعالیت پژوهشی <input type="checkbox"/> فعالیت آموزشی <input type="checkbox"/> مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهرهمندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> فعالیت فوق توسط معاون آموزشی یا پژوهشی تایید شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مستندات دال بر انجام فعالیت یا فعالیت‌های های فوق ارائه شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲- انجام خدمات دولتی: مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهرهمندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا مدت مذکور توسط مقام مجاز در دستگاه دولتی تایید شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳- انجام خدمات غیر دولتی با بیمه: مدت فعالیت فوق ۲ برابر مدت بهرهمندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا مدت مذکور توسط بالاترین مقام مسئول در دستگاه غیردولتی تایید شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا گواهی بیمه پرداخت بیمه در مدت مذکور ارائه شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

این فرم باید توسط کارشناس مربوطه در دانشکده تکمیل و تایید شود و چنانچه پاسخ هر یک از موارد فوق خیر باشد، صرفاً با ذکر توضیحات قابل بررسی است.

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما :

امضاء و تاریخ:

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده :