**باسمه تعالي**

**فرم مغايرت عكس داوطلب با چهره عكس الصاق شده بر روي فرم اطلاعات قبولي**

 **در** آزمون دكتري **«Ph.D»** نيمه‌متمركز سال 1403

**(اين فرم مي‌بايست توسط شخص دانشجو تكميل گردد)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي:** | **نام پدر:** | **سال تولد:** |
| **شماره شناسنامه:** | **كد ملي:** | **شماره داوطلبي:** |

 **اظهارات داوطلب:**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**نشاني: ...................................................................................................................................................................................................................................................................**

**تلفن تماس: ....................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **امضاي داوطلب:** | **اثر انگشت داوطلب:** |

**اين فرم لازم است پس از تكميل و امضاي داوطلب، به همراه يك قطعه عكس با نامه رسمي به منظور بررسي به اين سازمان ارسال گردد.**