

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کاشان

معاونت فرهنگی دانشجویی

اطلاعات فردی دانشجو و سرپرست تام الاختیار دانشجو

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:	تلفن همراه دانشجو:
نام سرپرست دانشجو:	کد ملی:	نام پدر	تلفن همراه سرپرست دانشجو:
تلفن محل سکونت:	آدرس دقیق محل سکونت:		

فرم اطلاعات بستگان دانشجو در شهر محل تحصیل یا شهرهای مجاور

مشخصات بستگان نزدیک دانشجو در شهر کاشان که دانشجو می تواند (با رعایت مقررات مربوطه) برخی ایام نزد ایشان باشد. (این قسمت فقط توسط ولی دانشجو تکمیل گردد.)

ردیف	نام و نام خانوادگی سرپرست خانواده	نسبت با دانشجو	شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	آدرس

تذکر: طبق بند ۳۳-۳ آیین نامه انضباطی سرپرست خوابگاه یا مسئول اداره امور خوابگاه ها می تواند از طریق تماس تلفنی حضور دانشجو را در منزل خویشاوند استعلام و در صورت لزوم پس از هماهنگی با مسئولان ذیربط با مراجعه به محل ، حضور دانشجو را بررسی کند.

مشخصات بستگانی که در شهرهای مجاور شهر دانشگاهی ساکن بوده و دانشجو می تواند با رعایت قوانین مربوطه در ایام تعطیل به آنجا مسافرت و اقامت نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی سرپرست خانواده	نسبت با دانشجو	شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	آدرس

تذکر: در صورت هرگونه تغییر در آدرس هر یک از بستگان بایستی ظرف مدت یک هفته ولی دانشجوی این فرم را تهیه وبصورت محضری تکمیل نموده وبه آدرس کاشان کیلومتر ۳ جاده راوند دانشگاه علوم پزشکی کاشان دانشکده دندانپزشکی اداره امور خوابگاه ها ارسال نماید.

امضاء و اثر انگشت سرپرست تام الاختیار دانشجو

مسئولیت هر گونه دخل و تصرف در فرم مذکور و عدم رعایت صداقت در تکمیل مندرجات فرم به عهده تکمیل کننده خواهد بود.

فرم مذکور حضوی توسط سرپرست دانشجو و یا محضری توسط خود دانشجو تحویل داده می شود .