

برگ درخواست کمک هزینه تحصیلی

ویژه دانشجویان شاهد دوره روزانه

کد ملی: شماره دانشجویی: مقطع تحصیلی: رشته تحصیلی: تاریخ شروع به تحصیل:	دانشگاه: دانشکده:
--	--------------------------

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
محل صدور شناسنامه	تاریخ تولد	شماره شناسنامه
<input type="checkbox"/> مفقود <input type="checkbox"/> اسیر <input type="checkbox"/> شهید	<input type="checkbox"/> جانباز	فرزند: <input type="checkbox"/> شهید <input type="checkbox"/> مفقود <input type="checkbox"/> اسیر <input type="checkbox"/> شهید
<input type="checkbox"/> مفقود <input type="checkbox"/> اسیر <input type="checkbox"/> جانباز		همسر: <input type="checkbox"/> شهید <input type="checkbox"/> مفقود <input type="checkbox"/> اسیر <input type="checkbox"/> جانباز
کد و شماره پرونده بنیاد شهید:		نام شهید/مفقود/اسیر:
		استان تشکیل پرونده:
		آدرس:
		تلفن:

اینجانب تعهد می نمایم با اطلاع کامل از دستورالعمل پرداخت کمک هزینه تحصیلی ویژه دانشجویان شاهد کلیه اطلاعات مندرج در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت 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 یک جا به صندوق رفاه دانشجویان پرداخت نمایم و پس از آن نیز حق استفاده از کمک هزینه تحصیلی ویژه دانشجویان شاهد را نخواهم داشت.

تاریخ و امضاء دانشجو:

کد بانک	شعبه و شهر پرداخت کننده وام	شماره حساب دانشجو

امضاء و مهر امور دانشجویی دانشگاه