بسمه تعالی

فرم بررسی سلامت جسمانی و روانی

اینجانب .....فرزند.....به شماره شناسنامه .....پذیرفته شده در رشته.....

مقطع ..... دوره روزانه ☐ شهریه پرداز ☐ دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی تربت حیدریه با اطلاع از کلیه مقررات اعلام شده در خصوص وضعیت جسمانی برای پذیرش در رشته فوق ،در دفترچه کنکور سراسری سال ۱۴۰۰ تعهد می نمایم کلیه شرایط عمومی واختصاصی مربوطه رااز لحاظ وضعیت جسمـــانی دارا می باشم ودانشگاه اجازه داردرصورت عدم صحت مراتب فوق ،درهر مقطعی از تحصیل از ادامه تحصیل اینجانب طبق مقررات جلوگیری بعمل آورد./ امضا و اثر انگشت دانشجو

گواهی سلامت جسمانی

نظریه پزشک : ادامه تحصیل دانشجو از نظر سلامت جسمانی مانعی ندارد ☐ مانعی دارد ☐

در صورت وجود بیماری یا معلولیت نام و شرح آن را مرقوم نمایید. **مهر و امضا پزشک**

گواهی سلامت روانی

نظریه پزشک : ادامه تحصیل دانشجو از نظر سلامت روانی مانعی ندارد. ☐ مانعی دارد ☐

در صورت وجود بیماری نام و شرح آن را مرقوم نمایید. **مهر و امضا پزشک**

رشته تحصیلی	نوع نقص عضو غیر موثر در انتخاب رشته ، یکی از نقایص زیر می تواند باشد
اتاق عمل	یک گوش
علوم آزمایشگاهی	۱- یک گوش ۲- یک پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد.
هوشبری	یک چشم و یک گوش
مهندسی بهداشت محیط	۱- یک چشم ۲- یک گوش ۳- یک دست
تکنولوژی پرتوشناسی	۱- یک چشم و یک گوش ۲- یک پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد ۳- یک تا سه انگشت غیر از انگشت شست در یک دست
کلیه رشته ها	داوطلب باید از سلامت کامل روانی و جسمانی برخوردار باشد.