

فرم تقاضاي پذيرش در دوره دكتري بدون آزمون دانشگاه علامه طباطبايي براي سال تحصيلي97-96 ( سهميه استعداد هاي درخشان )

|  |  |
| --- | --- |
| نام – نام خانوادگي :  | رشته و گرايش مورد تقاضا در دوره دكتري :  |
| رشته تحصيلي دوره كارشناسي ارشد :  آموزش محور آموزشي- پ‍ژوهشي | سال ورود در دوره كارشناسي ارشد :دانشگاه محل تحصيل دوره كارشناسي ارشد :  |
| عنوان پايان نامه كارشناسي ارشد : درجه و نمره پايان نامه :  |  معدل كارشناسي ارشد با پايان نامه :‌معدل كارشناسي ارشد بدون پايان نامه :  |
| سنوات كارشناسي ارشد :  | تاريخ دفاع از پايان نامه :  | رتبه كارشناسي ارشد :‌ |
| رشته تحصيلي كارشناسي : رشته تحصیلی کاردانی : | تاريخ فارغ التحصيلي كارشناسي :‌تاریخ فارغ التحصیلی کاردانی: | معدل كل كارشناسي : معدل کل کاردانی :  | دانشگاه محل تحصيل كارشناسي : دانشگاه محل تحصیل کاردانی : |
| نوع مدرک زبان : | تاریخ آزمون زبان : | نمره آزمون زبان : | محل برگزاری آزمون زبان : |
| **مقالات علمي – پژوهشي داخلی یا خارجی مرتبط با پایان نامه** |
| **رديف** | **عنوان مقاله** | **نوع مقاله** | **نام مجله**  | **تاريخ پذيرش** | **تاريخ چاپ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **عناوین و مشخصات طرحهاي برگزيده، دستاوردهای علمی و فناوری، نتایج مسابقات علمی،شركت کنفرانسهای معتبر اینجانب در جدول زير خلاصه شده** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان طرح برگزيده/دستاورد علمي /**  | **رتبه مكتسبه**  | **نام مسابقه علمي يا كنفرانس** |  **زمان و محل برگزاري كنفرانس ويا مسابقه علمي** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ساير فعاليت هاي آموزشي – پژوهشي و اجرايي داوطلب** |
| **رديف** | **عنوان فعاليت** | **مكان فعاليت** | **تاريخ شروع** | **تاريخ اتمام** | **توضيحات لازم** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**اينجانب............................... ضمن آگاهي و پذيرش كامل كليه ضوابط و مصوبات وزارت علوم و دانشگاه در اين زمينه ، متعهد مي شوم موارد فوق را در نهايت دقت و صحت تكميل نموده و چنانچه خلاف آن ثابت شود دانشگاه مجاز است در هر مرحله از پذيرش ، ثبت نام يا تحصيل ، طبق مقررات با اينجانب رفتار نمايد.**

**نشاني دقيق محل سكونت :**

**تلفن منزل : ....................................كد شهرستان .........................تلفن همراه : ........................................تلفن محل كار :....................................**

**نشاني پست الكترونيكي : امضاء متقاضي: تاريخ تقاضا:**

**\*این فرم بدون امضای داوطلب اعتبار ندارد .**