

(پردیس بین الملل)
برگه اعلام فقدان کارت دانشجویی و
درخواست دانشجو جهت صدور کارت المثنی

اینجانب: نام نام خانوادگی فرزند دارنده شماره شناسنامه
..... شماره ملی ، صادره از تاریخ تولد
..... شماره دانشجویی دانشجوی رشته
دانشکده کارت دانشجویی خود را مفقود نموده ام./
علت و محل فقدان:

امضاء دانشجو

معاونت محترم آموزشی پردیس دانشگاه

با سلام و احترام

به این وسیله گواهی می شود متقاضی در حضور اینجانب؛ نام و نام خانوادگی
او نیز مورد گواهی است. همچنین مبلغ جریمه بابت صدور مجدد کارت دانشجویی به شماره حساب {۲۱۷۷۳۹۵۰۱۵۰۰۹، بانک ملی ایران} در
حوزه معاونت دانشجویی و از طریق واریز به حساب دانشگاه قابل پرداخت خواهد بود.

صدور کارت المثنی برای اولین بار: ۱۰۰,۰۰۰ ریال

صدور کارت المثنی برای دومین بار: ۲۰۰,۰۰۰ ریال

صدور کارت المثنی برای سومین بار: ۶۰۰,۰۰۰ ریال

کارشناس تحصیلات تکمیلی پردیس

مدیریت محترم امور دانشجویی دانشگاه

با سلام و احترام،

ضمن پیوست فرم استشهادیه بابت فقدان کارت دانشجویی آقای / خانم، خواهشمند است مقرر فرمایید ضمن
دریافت مبلغ جریمه (به شماره حساب اعلام شده در بالا) بابت صدور کارت دانشجویی المثنی، اقدام لازم معمول گردد. /
با تشکر

.....
معاون آموزشی پردیس دانشگاه

فرم استشهاد جهت دریافت گواهی اشتغال به تحصیل عکس دار (پردیس بین الملل)

اینجانب : نام	نام خانوادگی	فرزند	دارنده شماره
شناسنامه	متولد سال	ساکن : شهرستان	خیابان
کوچه	شماره دانشجویی	رشته	
دانشکده	از اشخاصیکه اطلاع دارند درخواست می نمایم اطلاعات خود را مرقوم نموده و اظهاراتم را گواهی فرمایند./		
	نام و نام خانوادگی متقاضی	امضاء	

اینجانبان امضاء کنندگان زیر صحت اظهارات و امضای متقاضی آقا/خانم و تعلق کارت دانشجویی به آقا/خانم با مشخصات بالا را با علم به عواقب اظهار کذب و گواهی دروغ و مقررات کیفری آن گواهی و تایید می نمایم.

گواه اول: نام	نام خانوادگی	فرزند	
دارنده شماره شناسنامه	متولد	شغل	شماره تلفن
آدرس محل سکونت : شهرستان	خیابان	کوچه	پلاک
آدرس محل کار : نام مؤسسه		شهرستان	
	نام و نام خانوادگی گواه	محل امضاء	

گواه اول: نام	نام خانوادگی	فرزند	
دارنده شماره شناسنامه	متولد	شغل	شماره تلفن
آدرس محل سکونت : شهرستان	خیابان	کوچه	پلاک
آدرس محل کار : نام مؤسسه		شهرستان	
	نام و نام خانوادگی گواه	محل امضاء	

گواه اول: نام	نام خانوادگی	فرزند	
دارنده شماره شناسنامه	متولد	شغل	شماره تلفن
آدرس محل سکونت : شهرستان	خیابان	کوچه	پلاک
آدرس محل کار : نام مؤسسه		شهرستان	
	نام و نام خانوادگی گواه	محل امضاء	