

## دستور العمل صدور دانشنامه المثنی و یا گواهینامه دائم المثنی

---

در صورتی که دانشنامه و یا گواهینامه دائم شخصی مفقود شود ، صدور دانشنامه و یا گواهینامه دائم المثنی ضمن رعایت دستور العمل تهیه و صدور دانشنامه ، پس از انجام موارد زیر امکان پذیر خواهد بود :

۱- تهیه یک برگ استشهاد محلی که به امضای حداقل سه نفر رسیده باشد و تایید امضاها به وسیله یکی از مراجع رسمی ( محضر ثبت اسناد - کلانتری محل و یا یکی از ادارات دولتی یا یکی از نهادهای انقلابی ) و ارائه آن به اداره دانش آموزان دانشگاه علوم پزشکی اراک. (طبق فرم پیوست)

۲ - تهیه آگهی فقدان مدرک تحصیلی و ارسال آن به اداره مطبوعات وزارت ارشاد اسلامی و نشر آگهی در یکی از جراید کثیر الانتشار در سه نوبت به فاصله ده روز و به هزینه شخص متقاضی . (طبق فرم پیوست)

۳ - دادن یک برگ تعهد به اداره دانش آموزان طبق فرم ضمیمه .

باسمه تعالی

## استشهاد محلی

-----

اینجانبان امضاء کنندگان زیر گواهی می‌دهیم :  
دانشنامه دائم/ گواهینامه دائم صادره از دانشگاه علوم  
پزشکی اراک به شماره : مورخ : متعلق به  
خانم / آقا: فرزند: دارنده شناسنامه شماره:  
و کد ملی: به آدرس : استان -  
شهرستان - خیابان : کوچه :  
کد پستی : مفقود شده است .

۱- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر اول :

امضاء

۲- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر دوم :

امضاء

۲- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر سوم :

امضاء

باسمه تعالی

آگهی فقدان دانشنامه دائم / گواهینامه دائم

---

بر اساس ادعاهای خانم / آقای                      فرزند :                      دارنده شناسنامه  
شماره :                      و کد ملی :                      دانشنامه دائم / گواهینامه دائم  
مشارالیه مفقود گردیده ،لذا بدینوسیله ضمن اعلام عدم امتیاز مدرک فوق مراتب  
جهت اطلاع ۳ بار به فاصله ده روز در جراید کثیر الانتشار به چاپ میرسد.  
( آگهی چاپ )

امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی / درمانی اراک

باسمه تعالی

تعهد نامه

-----

اینجانب : فرزند : دارنده شناسنامه شماره : کد ملی : صادره

از : متولد سال : دانش آموخته : / / ۱۳ مقطع : ( پیوسته/ ناپیوسته)

رشته : دوره : روزانه/ شبانه از دانشگاه علوم پزشکی اراک طبق

استشهاد تقدیمی تعهد مینمایم که مدرک تحصیلی به شماره : مورخ :

اشاره شده در استشهاد ضمیمه مفقود شده است و در صورتی که پیدا شود آن

را به اداره دانش آموختگان دانشگاه علوم پزشکی اراک تسلیم نمایم و در صورتی

که خلاف آن ثابت شود مسئولیت ناشی از عواقب آن را می پذیرم .

امضاء و تاریخ :

نشانی کامل محل سکونت و محل کار :