



بسمه تعالی

برگ درخواست کمک هزینه تحصیلی

ویژه دانشجویان روزانه شاهد

شماره دانشجویی :

مقطع تحصیلی :

رشته تحصیلی :

تاریخ شروع به تحصیل نیمسال :

دانشگاه:

دانشکده:

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

☐ زن ☐ مرد

شماره شناسنامه :

محل صدور :

تاریخ تولد :

☐ متاهل

نوع ایثارگری: شهید ☐

مفقود ☐

آزاده ☐

جانباز ☐

درصد جانبازی

نسبت دانشجو با ایثارگر: فرزند ☐

همسر ☐

خود ایثارگر ☐

نام ایثارگر:

کد پرونده ایثارگری:

استان محل پرونده ایثارگری:

اینجانب

تعهد می نمایم با اطلاع کامل از دستور العمل پرداخت کمک هزینه تحصیلی ویژه دانشجویان شاهد

کلیه اطلاعات مندرج دراین پرسشنامه را صادقانه وبا صحت کامل تکمیل نموده ودر صورتی که مطلبی خلاف واقع در این

اطلاعات مشاهده واثبات گردد کلیه وجوه دریافتی را با احتساب هزینه های مربوط یکجا پرداخت نمایم وپس از آن نیز حق

استفاده از کمک هزینه تحصیلی ویژه دانشجویان شاهد را نخواهم داشت.

تاریخ :

امضاء دانشجو:

شماره حساب دانشجو (بانک ملی) :