

باسمــــه تعـــــالـــي

فرم شماره 1

شماره................................

تاريخ.................................

فرم گواهي احراز رتبه ممتازي برای معرفي **دانشجويان** و **دانش‎آموختگان**‎ دانشگاه‌هاي دولتي مقطع كارشناسي پيوسته

ويژه متقاضيان ورود به دوره **كارشناسي‎ارشد** بدون آزمون دانشگاه بجنورد در سال تحصيلي 1404-1403

از مديريت امور آموزشي دانشگاه ....................

به دفتر استعدادهاي درخشان دانشگاه بجنورد

بدينوسيله‌ گواهي ‌مي‌شود‌ آقاي‌/ خانم ............................................ فرزند............................. متولد ..../....../.......13 به شماره شناسنامه..................................... و كد ملي......................................... صادره از ........................... پذيرفته شده آزمون سراسري سال............در نیمسال اول نیمسال دوم مقطع كارشناسي پيوسته دوره روزانه شبانه اين دانشگاه در رشته تحصيلي ...................................... گرايش....................................... بوده و متقاضي استفاده از تسهيلات پذيرش بدون آزمون مقطع كارشناسي‏ارشد دانشگاه بجنورد (برحسب مفاد آيين‎‌نامه مصوب جلسه شماره 78 مورخ 30/07/1401) برای پذيرش در رشته تحصيلي .......................................... گرايش ................................................ و يا گرايش ........................................... مي‌باشند.

ضمناً نامبرده در شش نيمسال تحصيلي، در بين ..................... نفر دانشجوي هم رشته و هم ورودي خود با گذراندن ......................

واحد درسي ( که حداقل $\frac{3}{4} $ واحدهای درسی دوره می‎باشد ) و كسب معدل كل ..................... حائز رتبه ...................... شده و جزء 20 درصد اول 30-20 درصد (ویژه دانشجویان دانشگاه بجنورد **\***) برتر دانشجويان هم‎رشته و هم‎ورودي خود محسوب مي‌شوند. که در بازه زمانی 01/07/1402 تا 31/06/1403 دانش‎آموخته شده خواهد شد .

تاریخ دانش‏آموختگی:....../......./........14 (ویژه دانش‎آموختگان پس از تاریخ 01/07/1402).

توجه:

در صورت انتخاب دو گرايش، هر دو گرايش باید مرتبط با رشته تحصيلي باشند.

آدرس محل سكونت متقاضی:..........................................................................................................

شماره تلفن ثابت: ........................................... شماره تلفن همراه:.....................................................

 مهر و امضاء مدير امور آموزشي دانشگاه

\* در صورتیکه به هر دلیل متقاضیان حائز بیست درصد برتر دانشجویان واجد شرایط از تسهیلات مربوط استفاده ننمایند و ظرفیت پذیرش بدون آزمون در رشته مربوط تکمیل نشود درخواست این گروه از دانشجویان قابل بررسی می‏باشد.