



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 در این پرسشنامه را صادقانه و با صحت کامل تکمیل نموده و در صورتی که مطلبی خلاف واقع در این

اطلاعات مشاهده و اثبات گردد کلیه وجوه دریافتی را با احتساب هزینه های مربوط یکجا پرداخت نمایم و پس از آن نیز حق

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

تاریخ :

امضاء دانشجو:

شماره حساب دانشجو (بانک ملی) :