جامعة طنطا

كليــة الطـــب

الدراسات العليا

ــــــــــــــــــــــــــ

إقرار عدم التسجيل لدرجة علمية بكليات الطب في أي جامعة

أقر أنا الطبيب / ....................................................

المتقدم لدرجة الدكتوراه في ......................................

 بأني غير مقيد لدراسة أي درجة علمية أخرى سواء في كلية الطب أو أي كلية أخرى بجامعات جمهورية مصر العربية حسب المادة 94 من قانون تنظيم الجامعات مع تحملي لكافة النتائج في حالة عدم صحة البيانات التي أقررت بها في هذا الإقرار.

 المقر بما فيه

 الاسم رباعي

 رقم بطاقة الرقم القومي

 رقم التليفون

 محل الإقامة تفصيليا