جامعة طنطا

كليــة الطـــب

الدراسات العليا

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

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.

 المقـــر بمــا فيــه

|  |  |
| --- | --- |
| **الاســــــــم ربــــاعـــــي :** |  |
| **رقم بطاقة الرقم القومي :** |  |
| **رقـــــــم التليفـــــــون :** |  |
| **محل الإقامة تفصيليـا :** |  |
| **جهــــــة العمــــــــــل :** |  |