جامعة طنطا

كلية الطب

الدراسات العليا

إقرار عدم تضارب مصالح بين طالب الدراسات العليا والممتحنين

اسم الطبيب:

الرقم القومي:

الدرجة العلمية:

التخصص:

تاريخ القيد للدرجة:

عنوان الرسالة باللغة العربية:

بالإشارة إلى ما وجه به السيد أ.د/ وزير التعليم العالي والدولة للبحث العلمي من ضرورة مراعاة الضوابط الخاصة بالامتحانات للدراسات العليا وقانون تنظيم الجامعات وقرارات مجلس جامعة طنطا للسادة أعضاء هيئة التدريس أقر أنا:

.............................................................................................

بأنه لا توجد لا يوجد أي تضارب مصالح بيني وبين الطالب المذكور من حيث العمل معا بمراكز خاصة أو مشاركات مالية أو خلافه مما يندرج تحت بند تضارب المصالح مما يمكنني من مناقشة رسالته والحكم عليها.

وأتعهد بأن أي تغيير في الحالة الحالية بيني وبين الطالب سأكون ملزما بتقديم إخطار إلى إدارة الدراسات العليا بالكلية ومجلس القسم وأن صحة المعلومات في هذا الإقرار على مسئوليتي الشخصية.

المقر بما فيه

الاسم/ ............................

الدرجة./...........................

التاريخ./.......................