



بسمه تعالی



دانشگاه علامه طباطبائی  
فرم درخواست دانشجویان شاهد و ایثارگر

|                                                                                                                                                                                                                                                       |              |     |         |                |            |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|----------------|------------|-----------|
| کد ملی                                                                                                                                                                                                                                                | نام خانوادگی | نام | نام پدر | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | تلفن ثابت |
| وضعیت آموزشی: سال ورود <input type="checkbox"/> دوره: نوبت اول (روزانه) <input type="checkbox"/> نوبت دوم (شبانه) <input type="checkbox"/> ترم ورود به دانشگاه: ورودی مهر <input type="checkbox"/> ورودی بهمن <input type="checkbox"/> شماره دانشجویی |              |     |         |                |            |           |
| تعداد واحد اخذ شده <input type="checkbox"/> شهریه پرداز <input type="checkbox"/> مقطع تحصیلی                                                                                                                                                          |              |     |         |                |            |           |
| تعداد واحد گذرانده <input type="checkbox"/> سهمیه ثبت نامی <input type="checkbox"/> دانشکده                                                                                                                                                           |              |     |         |                |            |           |
| معدل کل <input type="checkbox"/> تاریخ تصویب پروپوزال <input type="checkbox"/> رشته تحصیلی                                                                                                                                                            |              |     |         |                |            |           |
| گرایش <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                        |              |     |         |                |            |           |
| شماره پرونده بنیاد شهید و امور ایثارگران (کد ایثارگری):                                                                                                                                                                                               |              |     |         |                |            |           |
| <input type="checkbox"/> فرزند شهید <input type="checkbox"/> همسر شهید <input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |              |     |         |                |            |           |
| <input type="checkbox"/> فرزند مفقودالاثر <input type="checkbox"/> همسر مفقودالاثر <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |              |     |         |                |            |           |
| <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> فرزند آزاد <input type="checkbox"/> همسر آزاد <input type="checkbox"/> مدت اسارت:                                                                                                              |              |     |         |                |            |           |
| <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> فرزند جانباز <input type="checkbox"/> همسر جانباز <input type="checkbox"/> درصد جانبازی:                                                                                                     |              |     |         |                |            |           |
| <input type="checkbox"/> رزمنده <input type="checkbox"/> فرزند رزمنده <input type="checkbox"/> همسر رزمنده <input type="checkbox"/> مدت حضور در منطقه                                                                                                 |              |     |         |                |            |           |
| تلفن همراه                                                                                                                                                                                                                                            |              |     |         |                |            |           |

متن درخواست:

نام و نام خانوادگی: تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی: تاریخ و امضاء:

رئیس شاهد و ایثارگر  
ارجاع به کارشناس جهت بررسی و اعلام نظر

نام و نام خانوادگی: تاریخ و امضاء:

اعلام نظر کارشناسی