

باسمه تعالی

فرم تقاضای پست الکترونیک و تعهدنامه قانونی

مخصوص مشمولین غیر هیات علمی ارشد قانون طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان و طرح دکترای تخصصی (ضریب K)

اینجانب : به شماره ملی :

شماره تلفن همراه :

با مدرک تحصیلی :

در رشته تحصیلی :

با عنوان طرح :

تاریخ شروع طرح :

تاریخ پایان طرح :

نام واحد محل خدمت :

در تاریخ متقاضی دریافت پست الکترونیک با نام کاربری پیشنهادی می باشم و متعهد می گردم از آن بمنظور استفاده اداری ، پژوهشی و علمی جهت اهداف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده نموده و در موارد غیر از آن خودداری می نمایم. همچنین پس از اتمام طرح حداکثر تا ۳ ماه نسبت به تخلیه کلیه محتویات ایمیل دریافتی اقدام نموده و پس از آن کاربری اینجانب غیرفعال و حذف گردد و ابقاء کاربری و تداوم فعال بودن آن تنها در صورت استخدام و ادامه همکاری با دانشگاه و اعلام درخواست کتبی از طرف اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی مسئول فناوری اطلاعات

نام و نام خانوادگی متقاضی

تاریخ

تاریخ

امضاء

امضاء

*تبصره : بدیهی است پس از ارسال نامه درخواست پست الکترونیک بهمراه تصویر فرم تکمیلی(امضاء شده) توسط مسئول فناوری اطلاعات واحد محل خدمت از طریق اتوماسیون اداری به مدیریت آمار و فناوری اطلاعات ، پست الکترونیک مذکور تعریف و اطلاعات از طریق مرکز پیام برای متقاضی پیامک می گردد.