**(پیوست شماره 4)**

|  |  |
| --- | --- |
| **وزارت علوم ،تحقيقات وفناوري**  **اداره کل بورس و اعزام دانشجویان**  **کاربرگ بررسی لغو تعهدات فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت خارج از کشور** | |
| **نام دانشجو:** | **نام دانشگاه:** |
| کشور محل تحقیق: | مدت دوره: |
| تاریخ شروع دوره فرصت تحقیقاتی: | تاریخ پایان دوره فرصت تحقیقاتی: |
| تاریخ آخرین خروج از کشور: | تاریخ آخرین ورود به کشور: |
| تاریخ دفاع از رساله: | |
| نوع خدمت برای لغو تعهد: **1- فعالیت در دانشگاه**  **2- انجام خدمات دولتی**  **3- انجام خدمات غیر دولتی با بیمه** | |
| 1. **فعالیت در دانشگاه: فعالیت پژوهشی  فعالیت آموزشی**   **آیا** مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی  خیر  آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی  خیر  آیا مدت فوق پس از بازگشت از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ بلی  خیر  آیا فعالیت فوق به تایید استاد راهنما رسیده است؟: بلی  خیر  آیا فعالیت فوق توسط معاون آموزشی یا پژوهشی تایید شده است؟ بلی خیر  آیا مستنداتی دال بر انجام فعالیت‌ یا فعالیت‌های های فوق ارائه شده است؟ بلی  خیر | |
| 1. **انجام خدمات دولتی:**   **آیا** مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی  خیر  آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی  خیر  آیا مدت مذکور توسط مقام مجاز در دستگاه دولتی تایید شده است؟ بلی  خیر  آیا مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ بلی  خیر  آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی  خیر | |
| 1. **انجام خدمات غیر دولتی با بیمه:**   **آیا** مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ بلی  خیر  آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی  خیر  آیا مدت مذکور توسط بالاترین مسئول در دستگاه غیردولتی تایید شده است؟ بلی  خیر  آیا مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه مدت بوده است؟ بلی  خیر  آیا دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ بلی  خیر  آیا گواهی بیمه پرداخت بیمه در مدت مذکور ارائه شده است؟ بلی  خیر | |

این فرم توسط دانشجو تکمیل و به تایید دانشکدگان/دانشکده مربوطه ممهور شود و چنانچه پاسخ هر یک از موارد فوق خیر ‌باشد، صرفاً با ذکر توضیحات قابل بررسی است. **نام و نام خانوادگی کارشناس تایید کننده در مؤسسه: امضاء و تاریخ:**