



**الف - مشخصات دانشجوی دکتری بهره‌مند از طرح**

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	شماره همراه:
نام دانشکده / مرکز:	شماره دانشجویی:	آدرس ایمیل:
نام استاد (ان) راهنما:	زمان شروع دوره دکتری:	شماره ترم تحصیلی:

**تعهدات دانشجو:**

اینجانب با علم و آگاهی و با پذیرش تعهدات زیر درخواست بهره‌مندی از طرح جایگزین خدمت را ارائه مینمایم:

- 1- از قوانین، آیین نامه دوره دکتری و تعهدات مرتبط با تحصیل دانشجوی تمام وقت دوره دکتری کاملاً مطلع هستم
- 2- تعهد میکنم که تمام تلاش خود را بکار برم که در صورت پذیرش، انجام این طرح تاثیری بر انجام رساله دکتری اینجانب و بویژه افزایش زمان این دوره نداشته باشد
- 3- مسئولیت هر گونه عواقب ناشی از افزایش طول دوره و یا کاهش کیفیت کار رساله خود را بعهده می‌گیرم
- 4- با پیوست نمودن جدول مراحل و زمان‌بندی رساله مصوب در پیشنهاد پروژه خود، اعلام میکنم که در زمان درخواست، رساله دکتری اینجانب بر مبنای این جدول حداقل 50 درصد پیشرفت داشته است و این پیشرفت به تایید کمیته رساله رسیده است.
- 5- متعهد میشوم که شروع و پایان دوره طرح جایگزین خدمت را کتباً به استاد(ان) راهنما و تحصیلات تکمیلی دانشکده اعلام نمایم.

تعهدات فوق را بطور کامل مطالعه کرده ام و می‌پذیرم. نام و امضای دانشجو:  
تاریخ:

**ب- مشخصات و تعهدات استاد(ان) راهنما:**

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:	دانشکده / پژوهشکده / مرکز:	شماره تماس:
نام و نام خانوادگی استاد راهنمای همکار:	دانشکده / پژوهشکده / مرکز:	آدرس ایمیل:
درصد همکاری:	شماره تماس:	آدرس ایمیل:

**تعهدات استاد(ان) راهنما:**

اینجانب با قبول شرایط ذیل، با انجام طرح جایگزین خدمت توسط آقای ----- موافقت می‌نمایم:

- 1- اطلاع دارم که طرح جایگزین خدمت بمدت حداقل 14 ماه طبق قوانین و در محل تعیین شده از سوی دانشگاه عالی دفاع ملی انجام خواهد شد
- 2- تایید میکنم که دانشجوی متقاضی بلحاظ علمی و عملی، ظرفیت و توان انجام طرح جایگزین خدمت خود را در کنار رساله دکتری بنحوی که تاثیر جدی بر انجام رساله دکتری ایشان نگذارد داراست.
- 3- نظارت خواهیم نمود که انجام این طرح منجر به افزایش زمان دوره دکتری و کاهش کیفیت کار رساله دانشجوی متقاضی نگردد
- 4- تایید میکنم که رساله دکتری دانشجوی متقاضی در زمان درخواست حداقل 50 درصد پیشرفت داشته است. ضمناً جدول زمان بندی پیوست مورد تایید کمیته رساله دانشجو قرار گرفته و تحقق آن عملی تشخیص داده شده است.

نام و امضای استاد راهنما:	نام و امضای استاد راهنمای همکار:
تاریخ:	تاریخ:
امضای معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:	امضای مدیرکل تحصیلات تکمیلی دانشگاه:
تاریخ:	تاریخ:

- ثبت در پرونده دانشجو

- رونوشت: معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه جهت امضای فرم مربوطه و اعلام به بنیاد نخبگان