**(پیوست شماره 5)**

|  |
| --- |
| **وزارت علوم، تحقیقات و فناوری****اداره کل بورس و اعزام دانشجویان****کاربرگ بررسی لغو تعهدات فرصت تحقیقاتی کوتاه‌مدت 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 غیردولتی با بیمه**  |
| **1- فعالیت در دانشگاه: فعالیت پژوهشی فعالیت آموزشی**  |
| مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| مدت فوق پس از بازگشت از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه‌مدت بوده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| فعالیت فوق به تایید استاد راهنما رسیده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| فعالیت فوق توسط معاون آموزشی یا پژوهشی تایید شده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| مستنداتی دال بر انجام فعالیت یا فعالیت‌های فوق ارائه شده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| **2- انجام خدمات دولتی:** |  |  |
| مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| 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**  |
| مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقات کوتاه‌مدت بوده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| دانشجو در مدت مذکور در ایران حضور داشته است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| **3- انجام خدمات غیردولتی با بیمه:** |  |  |
| مدت فعالیت فوق 2 برابر مدت بهره‌مندی از مزایای فرصت تحقیقاتی یا بیشتر بوده است؟ | **بلی**  | **خیر**  |
| 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**  |
| مدت فوق پس از دوره فرصت تحقیقاتی کوتاه‌مدت 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 باید توسط کارشناس مربوطه در دانشگاه تکمیل و تایید شود و چنانچه پاسخ هر یک از موارد فوق خیر باشد، صرفاً با ذکر توضیحات قابل بررسی است.

**نام و نام خانوادگی کارشناس تاییدکننده در مؤسسه: امضاء و تاریخ:**