**(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:**