**Declaration of Thesis Waiver for MBBS Students**

**Respected Department of Education, IC- Medical School,**

Respectfully, I, ……………………………., an MBBS student with student number ………………………………..and passport number …………………….., hereby formally declare that, in accordance with the Ministry of Health’s letter No. 3006 dated August 23, 2024, regarding the optional status of the thesis requirement for MBBS students, I will not request to undertake this course after graduation.

I fully understand that, as per educational regulations, enrolling in this course post-graduation is not permitted. Furthermore, I acknowledge that any consequences or issues arising from this decision will be solely my responsibility.

Respectfully,

**Date / Student’s Signature**

 **Phone Number:**

اداره محترم آموزش دانشکده پزشکی پردیس بین الملل

با سلام

احتراماً، اینجانب ......................................... دانشجوی مقطع MBBS به شماره دانشجویی .................................. و شماره پاسپورت ...................................... متعهد می شوم که با توجه به مصوبه وزارت بهداشت به شماره نامه 3006 مورخ 02/05/1403 مبنی بر اختیاری شدن پایانامه برای دانشجویان ام بی بی اس، بعد از فارغ التحصیلی درخواستی مبنی بر اخذ این درس نداشته باشم. و به این موضوع واقف و آگاه هستم که با توجه به قوانین آموزشی امکان اخذ دوباره این درس بعد از فارغ التحصیلی وجود ندارد. لازم به ذکر است تمامی تبعات و مشکلات ناشی از آن بر عهده شخص من خواهد بود.

**تاریخ / امضاء**

 **شماره تماس**