



.....
.....
.....

.....

.....

.....

/

:

.....

.....

.

.....

:

.....

()

.....

.....

/

.....

.....

.....

.....

.....



درخواست حذف درس به دلیل بیماری

تاریخ:

شماره:

پیوست:

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

این جانب: به شماره دانشجویی دانشجوی مقطع

کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری دانشکده: رشته: به دلیل بیماری، درخواست حذف

درس زیر را در نیمسال اول، دوم، تابستان سال تحصیلی ۸-۱۳۸۱ دارم.

نام درس: شماره درس: گروه:

تاریخ امتحان: / / ۱۳۸۱. ساعت امتحان:

حذف درس: تربیت بدنی ۱، تربیت بدنی ۲

حذف کامل نیمسال اول، دوم، تابستان سال تحصیلی ۸-۱۳۸۱

توضیح ضروری (در نوع بیماری و عوارض آن به صورت منسوخ لازم است):

(ادامه در پشت برگه درج شود)

مدارک لازم ضمیمه است. صحت اطلاعات ارائه شده تعهد می‌شود. امضاء دانشجو: تاریخ: / / ۱۳۸۱

این قسمت توسط بهداری دانشگاه تکمیل شود

نوع بیماری:

آیا در روز امتحان به بهداری دانشگاه مراجعه داشته است؟ خیر، بله. ساعت مراجعه:

اقدامات انجام شده در بهداری دانشگاه:

نسخه پزشک: ندارد، دارد. گواهی استراحت: ندارد، دارد. از تاریخ / / ۱۳۸۱ تا / / ۱۳۸۱

نظر کلی پزشک معتمد دانشگاه در مورد درخواست دانشجو: مخالفت می‌شود، موافقت می‌شود.

توضیح ضروری:

نام مسئول بهداری: امضاء و مهر بهداری: تاریخ: / / ۱۳۸۱

نظر کمیته بررسی کننده

سابقه حذف پزشکی: ندارد، دارد. در امتحان درس مورد نظر: غایب بوده است، حاضر بوده است، قابل بررسی نیست.

تاریخ جلسه کمیته: / / ۱۳۸۱. امضاء

مدارک پیوست

-۱

-۲

-۳

ادامه توضیح ضروری دانشجو

فرم درخواست دانشجویان از مدیریت تحصیلات تکمیلی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

اینجانب به شماره دانشجویی دانشکده تقاضا دارم درخواست پیوست با توجه به پرونده آموزشی اینجانب توسط آن مدیریت مورد بررسی قرار گیرد.

درخواستهای دانشجویان:

- ۱-
- ۲-
- ۳-

*لطفاً موارد به صورت کاملاً شفاف، خلاصه و مشخص نوشته شود.
*ضمیمه بودن آخرین کارنامه جهت بررسی درخواست ترمی است.

امضاء دانشجو و تاریخ

اظهاری نظر معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده:

.....
.....
.....

با توجه به توضیحات فوق با درخواست نامبرده موافقت می شود. *
*در صورت موافقت، با درج شماره و تاریخ مستقیماً به مدیریت تحصیلات تکمیلی ارسال گردد.

امضاء و تاریخ

اظهار نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی:

خلاصه وضعیت دانشجو

مطابقت درخواست با مقررات

.....
.....
.....

امضاء و تاریخ

اظهار نظر مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

.....
.....
.....

نتیجه
نهایی

امضاء و تاریخ

در این محل چیزی نوشته نشود:

شماره

تاریخ

فرم درخواست دانشجو از مدیریت تحصیلات تکمیلی

مشروح و دلایل درخواست (مستندات پیوست شود).

امضاء و تاریخ

نظر استاد راهنما: (در صورت نیاز)

امضاء و تاریخ