

فرم درخواست حذف پزشکی

تقاضای دانشجو

اینجانب به شماره دانشجویی رشته تحصیلی که در نیمسال اول □ / دوم □ سال تحصیلی جمعاً تعداد واحد اخذ نموده‌ام با توجه به گواهی معتبر پزشکی پیوست، تقاضای حذف تعداد واحد درس / دروس :

۱-

۲-

۳-

را که موفق به شرکت در جلسه امتحانی نشده‌ام دارم. لازم به یادآوری است که از کل واحدهای اخذ شده تعداد واحد درسی را امتحان داده‌ام و از شروع تحصیل تاکنون تعداد نیمسال گواهی پزشکی ارائه نموده‌ام. ضمناً اینجانب مسئول صحت مطالب فوق هستم. تذکر: دروس عملی تحت هیچ شرایطی قابل حذف نمی باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء:

نظریه استاد

۱- اینجانب استاد در س تأیید می نمایم که دانشجوی نامبرده، از امتحان این درس محروم نبوده است. تاریخ و امضاء استاد:

۲- اینجانب استاد در س تأیید می نمایم که دانشجوی نامبرده، از امتحان این درس محروم نبوده است. تاریخ و امضاء استاد:

۳- اینجانب استاد در س تأیید می نمایم که دانشجوی نامبرده، از امتحان این درس محروم نبوده است. تاریخ و امضاء استاد:

نظریه اداره خدمات آموزشی دانشکده

درخواست فوق در جلسه مورخ مطرح و با درخواست به شرح زیر موافقت □ / مخالفت □ شد.

.....

.....

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: