

تقاضای حذف پزشکی

درخواست دانشجو

اینجانب به شماره دانشجویی رشته تحصیلی

که در نیمسال اول سال تحصیلی دوم جمعاً "تعداد" واحد اخذ نموده ام با توجه به گواهی معتبر پزشکی پیوست تقاضای حذف تعداد واحد دروس درس

شماره درس	نام درس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
1			
2			
3			

را که موفق به شرکت در جلسه امتحانی نشده ام دارم لازم به یادآوری است که از کل واحدهای اخذ شده تعداد واحد درسی را امتحان داده ام و از شروع تحصیل تاکنون تعداد نیمسال گواهی پزشکی ارائه نموده ام ضمناً "اینجانب مسئول صحت مطالب فوق هستم.

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

تاریخ:

تذکر: دروس عملی تحت هیچ شرایطی قابل حذف نمی باشد.

نظر استاد

1- اینجانب	استاد درس	تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان محروم نبوده است.	تاریخ: <input type="text"/>	امضاء <input type="text"/>
2- اینجانب	استاد درس	تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان محروم نبوده است.	تاریخ: <input type="text"/>	امضاء <input type="text"/>
3- اینجانب	استاد درس	تأیید می نمایم که دانشجوی فوق الذکر از امتحان محروم نبوده است.	تاریخ: <input type="text"/>	امضاء <input type="text"/>

این قسمت توسط آموزش دانشکده تکمیل می گردد.

آموزش دانشکده

<input type="checkbox"/> تایید گردید	<input type="checkbox"/> تایید گردید	- امضا استاد
<input type="checkbox"/> تایید نگردید	<input type="checkbox"/> تایید نگردید	- عدم امتحان دیگر در روز مذکور
<input type="checkbox"/> تایید نگردید	<input type="checkbox"/> تایید گردید	- عدم حضور ایشان در جلسه امتحان
<input type="checkbox"/> تایید نگردید	<input type="checkbox"/> تایید گردید	- تطبیق تاریخ گواهی و تاریخ امتحان
<input type="checkbox"/> تایید نگردید	<input type="checkbox"/> تایید گردید	- صحت گواهی و نسخه ارائه شده
		از شروع تحصیل تاکنون تعداد <input type="text"/>
		نیمسال حذف (پزشکی / غیرپزشکی) نموده اند.
		با توجه به موارد فوق حذف پزشکی مورد <input type="text"/>
		موافقت <input type="text"/>
		مخالفت <input type="text"/>
		قرار گرفت.
		امضاء: