



نام مدرک
فرم درخواست حذف پزشکی

کد مدرک
FR - ED -12/00

صفحه ۱ از ۲

تاریخ
شماره
پیوست

این قسمت توسط دانشجو تکمیل گردد

اینجانب به شماره دانشجویی رشته روزانه شبانه
در روز جلسه امتحان درس زیر به علت مشکلات پزشکی غیبت داشته ام. لذا تقاضای حذف درس مذکور را دارم.

ردیف	نام درس	نام استاد	تاریخ امتحان	زمان امتحان

امضاء دانشجو :

تاریخ :

این قسمت توسط پزشک معتمد دانشگاه تکمیل گردد

با سلام

با توجه به شواهد و مدارک موجود، گواهی پزشکی دانشجو که به پیوست می باشد مورد تایید می باشد نمی باشد.
(مهر و امضاء و تاییدیه پزشک معتمد دانشگاه می بایست بر روی گواهی پزشکی پیوست نیز درج گردد.)

نام و نام خانوادگی پزشک :

امضاء

تاریخ


این قسمت توسط کارشناس آموزش تکمیل گردد

دانشجو نامبرده در ترمهای قبل به میزان مرتبه / روز از حذف پزشکی استفاده کرده است.

نام و نام خانوادگی کارشناس آموزش :

امضاء :

تاریخ :

صفحه ۲ از ۲	کد مدرک FR – ED –12/00	نام مدرک فرم درخواست حذف پزشکی	
-------------	---------------------------	-----------------------------------	--

این قسمت توسط اداره امتحانات تکمیل گردد

دانشجو نامبرده در جلسه امتحان دروس مندرج در جدول فوق حضور داشته است نداشته است.

نام و نام خانوادگی مسئول امتحانات :

امضاء :

تاریخ :

این قسمت توسط شورا آموزش تکمیل گردد

با توجه به موارد فوق با حذف پزشکی دانشجو نامبرده موافقت می شود نمی شود.

امضاء مدیر آموزش :

امضاء اعضاء شورا آموزش یا صورتجلسه مربوطه: