



بسمه تعالی

فرم درخواست حذف پزشکی

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی..... شماره دانشجویی..... مقطع / رشته.....

بدلیل بیماری و با توجه به مستندات پیوست درخواست حذف درس/دروس زیر را در نیمسال سال تحصیلی دارم.....

ضمناً اینجانب صحت کلیه مدارک ارائه شده را تأیید می نمایم، در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می گیرم.

(۱) نام درس..... تاریخ برگزاری امتحان...../...../.....، ساعت امتحان..... :

(۲) نام درس..... تاریخ برگزاری امتحان...../...../.....، ساعت امتحان..... :

تاریخ و امضاء دانشجو:

نظر کارشناس رشته:

(۱) دانشجو در طول نیمسال درس..... به میزان واحد، را حذف پزشکی کرده است.

(۲) دانشجو در طول ترم تحصیلی، واحد را با معدل به عدد..... به حروف..... گذرانده است.

(۳) شرح وضعیت تحصیلی دانشجو وسایر موارد لازم:

تعداد واحدهای انتخابی ترم جاری: تعداد واحد افتاده:

معدل نیمسال ها:

مشروط:

تاریخ و امضاء کارشناس:

اعلام نظر شورای آموزشی

با توجه به بررسی مستندات ارائه شده، با حذف درس / دروس مورد تقاضا در جلسه مورخه (/ /)

شورای آموزشی دانشگاه موافقت گردید مخالفت گردید

معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی