



سال (۱۴۰۴)

اینجانب به شماره دانشجویی رشته مقطع تحصیلی

دانشکده با توجه به مدارک پزشکی پیوست و تذکرات پشت فرم، درخواست:

حذف درس/دروس (عنوان درس/دروس):

تاریخ و ساعت امتحان: با استاد /اساتید محترم..... (.....)

☐ حذف ترم ☐ مرخصی ☐ برای نیم سال اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی..... را دارم.

خواهشمند است با عنایت به مدارک پیوست و تایید گروه آموزشی در زیر، درخواست اینجانب را مورد بررسی قرار داده و نتیجه را به صورت محرمانه به اداره امور آموزشی دانشگاه ارسال فرمایید. در ضمن اینجانب کلیه ی مدارک مورد نیاز را ضمیمه کرده و اصالت آنها را تایید مینمایم و در صورتی که خلاف ان ثابت شود دانشگاه میتواند طبق مقررات با اینجانب رفتار نماید.

امضا تاریخ

• نظر استاد/اساتید محترم (این قسمت صرفا در صورتیکه دانشجو در بالا تقاضای حذف درس یا دروس غائب در جلسه امتحان را دارا است، تکمیل گردد)

دانشجو در طول ترم حضور منظم ☐ نامنظم ☐ عدم حضور ☐ در کلاس داشته، در امتحان میان ترم حضور داشته ☐ حضور نداشته ☐ امتحان میان ترم گرفته نشده است ☐ و غیبت دانشجو در جلسه پایان ترم ☐ یا ترک جلسه امتحان ☐ مورد تایید است.

امضا استاد/اساتید: تاریخ:

• نظر گروه آموزشی: (با توجه به درخواست دانشجو (حذف درس، حذف ترم و یا مرخصی) یکی از موارد زیر توسط گروه آموزشی تایید گردد:

غیبت یا ترک جلسه دانشجو طبق نظر استاد محترم درس/اساتید محترم دروس مورد تایید است ☐ حذف پزشکی ترم دانشجو از نظر گروه بلامانع است ☐ مرخصی تحصیلی دانشجو به دلیل بیماری از نظر گروه بلامانع است ☐

امضا و مهر گروه تاریخ

• نظر شورای پزشکی دانشگاه:

نام بیماری: نوع بیماری: خاص است ☐ خاص نیست ☐ دانشجو برای درمان این بیماری به مرکز بهداشت دانشگاه مراجعه داشته ☐ نداشته ☐ است.	
غیبت	غیبت دانشجو در جلسه امتحان درس/دروس متأثر از این بیماری است ☐ نیست ☐ .
حذف ترم	زمان بیماری دانشجو با ترم مورد تقاضا مطابقت دارد ☐ ندارد ☐
مرخصی	درمان بیماری نیاز به مرخصی دارد ☐ ندارد ☐

• طبق مدارک ارائه شده و اظهار نظر شورای پزشکی، بیماری دانشجو مورد تایید است ☐ مورد تایید نیست ☐

• نظر شورای پزشکی در صورت لزوم:

..... مهر شورای پزشکی