



بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم درخواست حذف پزشکی

توجه: ارائه درخواست فوق به همراه مستندات حداکثر ۵ (پنج) روزکاری پس از پایان امتحانات نیمسال

به آموزش دانشکده مربوطه الزامی است.

این قسمت توسط دانشجو تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: مقطع تحصیلی: دانشکده: رشته/گرایش:

بدلیل بیماری و باتوجه به مستندات پیوست، درخواست حذف درس/دروس ذیل را در نیمسال () (سال تحصیلی/...../۱۳) دارم.

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

توضیح ضروری (ذکر نوع بیماری و عوارض آن به صورت مشروح لازم است)

• مدارک لازم ضمیمه است.

• صحت اطلاعات فوق تعهد می شود.

تاریخ و امضاء دانشجو

این قسمت توسط آموزش دانشکده تکمیل گردد.

۱ - صحت مندرجات درخواست دانشجو (درس - تاریخ امتحان) تایید میگردد تایید نمی گردد

۲ - مدارک پزشکی ارائه شده باتاریخ امتحان مطابقت دارد ندارد

مدارک پزشکی و ضمایم

۱ - درمورد گواهی بستری: برگ ترخیص دارد ندارد آزمایشات پزشکی دارد ندارد

مدرک تشخیصی دارد ندارد گواهی استراحت دارد ندارد

۲ - در مورد گواهی سرپایی: گواهی دارد ندارد نسخه پزشک دارد ندارد

۳ - بعلت نقص مدارک و اطلاعات ضمیمه شده در فرم، تقاضای نامبرده قابل بررسی نمی باشد. لذا درخواست دانشجو ضبط

و بایگانی گردید..

تاریخ / مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده