



## فرم درخواست حذف پزشکی

شماره : .....  
تاریخ : .....  
پیوست : .....

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

نام و نام خانوادگی: ..... شماره دانشجویی: ..... مقطع: ..... دانشکده: .....

رشته / گرایش: ..... بدلیل بیماری، و با توجه به مدارک پیوست درخواست حذف زیر را در نیمسال ..... سال تحصیلی .....

دارم.

• نام درس : ..... شماره درس ..... ، گروه .....

تاریخ امتحان ...../...../..... ، ساعت امتحان ..... : .....

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

\* مدارک لازم ضمیمه است. صحت اطلاعات ارائه شده تعهد می شود.

\* ارائه درخواست مبنی بر حذف به همراه مستندات حداکثر ۵ (پنج) روز کاری بعد از تاریخ امتحان به مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه الزامی است.

تاریخ و امضاء دانشجو

این قسمت توسط بهداری تکمیل شود  
(محرمانه)

نوع بیماری: .....

آیا در روز امتحان به بهداری دانشگاه مراجعه داشته است؟  خیر  بله ، ساعت مراجعه ..... : .....

اقدامات انجام شده در بهداری دانشگاه: .....

نسخه پزشکی:  ندارد  دارد ، از تاریخ ...../...../..... تا ...../...../.....

نظر کلی پزشک معتمد دانشگاه در مورد درخواست دانشجو:  مخالفت می شود  موافقت می شود.

توضیح ضروری: .....

نام مسئول بهداری ..... امضاء و مهر بهداری ..... تاریخ ...../...../..... ۱۳.....

\* لطفاً فرم تکمیل شده به صورت محرمانه و مستقیماً به مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه عودت شود.

استاد درس (دانشکده)

۱- حضور ایشان در کلاس چگونه بوده است؟

حضور منظم در طول ترم  حضور نامنظم کمتر از ۵۰٪ یا عدم حضور

توضیحات: .....

۲- در صورت امکان، آخرین جلسه حضور دانشجو در کلاس را اعلام فرمائید.

۳- نامبرده چند درصد از تمرینات یا پروژه ها را تحویل داده است.

کلیه تمرینات و پروژه ها  بیشتر از ۵۰٪  کمتر از ۵۰٪  اصلاً تحویل نداده است

۴- آیا نامبرده در امتحان میان ترم شرکت نموده است؟  بلی  خیر  امتحان میان ترم از دانشجو گرفته نشده است

۵- نمره دانشجو (بدون در نظر گرفتن امتحان پایان ترم)، براساس عملکرد در ترم چه عددی است؟ .....

۶- ارزیابی کلی خود از دانشجو و درخواست وی مبتنی بر حذف درس از کارنامه را به طور خلاصه اعلام فرمایید.

نام و نام خانوادگی و امضاء استاد درس

توضیح ضروری: .....

نام و نام خانوادگی و امضاء معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

\* لطفاً محرمانه و مستقیم به مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه ارسال گردد.

اظهار نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی:

خلاصه وضعیت دانشجو

مطابقت درخواست با مقررات

.....  
.....

امضاء و تاریخ

نظر زیر کمیته

مورد فوق در جلسه زیر کمیته مورخ ...../...../..... مطرح و مورد  موافقت  مخالفت قرار گرفت.

توضیح ضروری: .....

امضاء مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه

ارجاع

اداره سوابق و کارنامه جهت حذف  درس .....  ترم .....

بایگانی در پرونده دانشجو