به نام خدا

شماره:

تاریخ:



|  |
| --- |
| درخواست حذف پزشكي از کمیته منتخب تحصیلات تکمیلی دانشکده |

# مشخصات دانشجو:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي: | شماره دانشجويي: | رشته و گرايش تحصيلي كارشناسي ارشد: |
| استاد راهنما: | تعداد واحد گذرانده: | روزانه❑نوبت دوم ❑پردیس دانشگاهی ❑ مجازی ❑ |
| عنوان درخواست: |
| ❑نام درس: تاريخ برگزاري امتحان:❑ حذف نیمسال : مربوط به نیمسال : اول / دوم 13 نوع بيماري : کلیه مستندات (شرح عمل / بستری / گزارشات پزشکی ) پیوست شود.اینجانب صحت کلیه مدارکارائه شده را تایید می نمایم در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می گیرم .ضمنا چنانچه با حذف درس مذکور میانگین معدل نیمسال تحصیلی کمتر از 14 شود (حتی کمتر از 8 واحد درسی) برای اینجانب یک نیمسال مشروطی محسوب شده و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت. تاريخ: امضاء  |

دانشکده :

|  |
| --- |
| دانشجو از شرکت در امتحان درس یا دروس نیمسال فوق محروم نبوده است .❑ محروم بوده است .❑1- نام درس : دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد.❑محروم نمی باشد.❑استاد درس : تاریخ : امضاء:2- نام درس : دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد.❑محروم نمی باشد. ❑استاد درس : تاریخ : امضاء:3- نام درس : دانشجو از شرکت در امتحان محروم می باشد.❑محروم نمی باشد. ❑استاد درس : تاریخ : امضاء: |
| نظر استاد راهنما :حذف درس یا دروس نیمسال (با توجه یه فعالیتهای تحصیلی دانشجو ):استادراهنما: تاریخ : امضاء: |
| گواهی می شود دانشجو برای اولین بار ❑ دومین بار ❑ درخواست حذف پزشکی دارند.کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده: : تاریخ : امضاء:  |

 به: مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

|  |
| --- |
| با توجه به مدارک ارائه شده پیوست خواهشمند است موضوع درخواست نامبرده در کمیسیون پزشکي دانشگاه بررسی و اعلام نظر شود.مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده : تاریخ : امضاء: |

 به:مدیر/معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

|  |
| --- |
| با توجه به درخواست دانشکده مدارک پزشکی دانشجوی فوق در کمیسیون پزشکی دانشگاه مورخ مورد رسیدگی قرار گرفت و رای به شرح زیر صادر گردید:کارشناس کمیته منتخب: تاریخ : امضاء:مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه : تاریخ : امضاء: |