



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 () سالتحصیلی (...../...../۱۳) دارم.				
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان:
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان:
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	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 ضمائم

- 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 درفرم، تقاضای نامبرده قابل بررسی نمی باشد. لذا درخواست دانشجو ضبط و بایگانی گردید..

تاریخ / مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده