



بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

## فرم درخواست حذف پزشکی اداره کل امور آموزشی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

نام و نام خانوادگی	شماره دانشجویی	مقطع:	دانشکده:	رشته / گرایش:
				( سال
تخصصی	گروه	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان	دارم.
نام درس:	شماره درس:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان	
نام درس:	شماره درس:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان	
نام درس:	شماره درس:	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 پایان امتحانات ترم به آموزش دانشکده الزامی است.

تاریخ و امضاء دانشجو

این قسمت توسط آموزش دانشکده تکمیل شود

- ۱- صحت مندرجات درخواست دانشجو از نظر آموزش (درس، تاریخ امتحان) تأیید می گردد O تأیید نمیگردد O.
- ۲- مدارک پزشکی ارائه شده با تاریخ امتحان مطابقت دارد ندارد

مدارک پزشکی و ضمائم

- ۱- در مورد گواهی بستری: برگ ترخیص دارد O ندارد O آزمایشات پزشکی دارد O ندارد O مدارک تشخیصی دارد O ندارد O گواهی استراحت دارد O ندارد O
- ۲- در مورد گواهی سرپایی: گواهی دارد O ندارد O نسخه پزشک دارد O ندارد O
- ۳- بعلت نقص مدارک و اطلاعات ضمیمه شده در فرم، تقاضانامه قابل بررسی نمی باشد. لذا پرونده دانشجو ضبط و بایگانی گردید.

تاریخ مهر و امضاء اداره آموزش دانشکده

نظر استیاد درس

۱- حضور ایشان در کلاس چگونه بوده است حضور منظم در طول ترم O غیبت کمتر از ۴/۱۷ O غیبت بیشتر از ۴/۱۷ O عدم حضور O

توضیحات:.....

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

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

۴- ارزیابی کلی خود از دانشجو و درخواست وی مبنی بر حذف پزشکی درس از کارنامه را بطور خلاصه اعلام فرمائید

توضیحات:.....

نام و نام خانوادگی استاد درس تاریخ

نظر مدیر گروه آموزشی مربوطه

با توجه : به گواهی های پزشکی و نظر استاد مورد تایید می باشد.

تاریخ مهر و امضاء نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی

نظریه آموزش دانشکده

کلیه مدارک و نظرات دانشجو، استاد درس، مدیر گروه و مدارک پزشکی پیوست مورد بررسی قرار گرفت لذا ارسال به معاونت محترم آموزش دانشکده از نظر آموزش دانشکده بلامانع است.

مهر و امضاء اداره آموزش دانشکده

معاون آموزشی دانشکده

مدارک و نظریه استاد، مدیر گروه مورد بررسی قرار گرفت ضمن تأیید عیناً جهت ارجاع به پزشک معتمد به آموزش کل دانشگاه ارسال می گردد.

تاریخ مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

نظر پزشک معتمد

نظر کلی پزشک معتمد دانشگاه در مورد درخواست دانشجو(توضیح)

تاریخ مهر و امضاء پزشک معتمد

نظریه کمیته منتخب

با توجه به نظریه پزشک معتمد و مدارک و ضامم و نیز بررسیهای بعمل آمده با حذف درس/دروس مورد تقاضا در جلسه مورخ( ) کمیته منتخب شورای آموزشی موافقت گردید O مخالفت گردید O

• ضمناً سوابق جهت تصمیم گیری در مورد مرخصی نیمسال مذکور به شورای آموزشی دانشگاه ارجاع گردید