



فرم ارسال مدارک بیماری دانشجوی و درخواست حذف پزشکی

شماره سند: FTR۲۱-۰۰۰

تاریخ:

شماره:

پیوست:

<p>اینجانب: به شماره دانشجویی: رشته تحصیلی: با</p> <p>توجه به مدارک پیوست از تاریخ تا تاریخ به علت بیماری توانسته ام در امتحان درس/دروس</p> <p>مشروحه زیر در نیمیال سال تحصیلی شرکت نمایم لذا خواهشمند است مراتب مورد بررسی قرار</p> <p>گیرد. ضمناً متعهد می شوم در صورت تخلف مسئولیت هر گونه عواقب ناشی از آن را می پذیرم.</p> <p>مدارک پیوست:</p> <p><input type="checkbox"/> اصل گواهی بیماری (پزشکی...روان پزشکی) <input type="checkbox"/> اصل/کپی، اسناد بستری در بیمارستان <input type="checkbox"/> نسخه درمانی <input type="checkbox"/> فیلم</p> <p>رادپولوژی-اسکن <input type="checkbox"/> گواهی تولد نوزاد(زایمان) <input type="checkbox"/> مدارک آزمایشگاه <input type="checkbox"/> مدارک غیره(توضیح:نسخه دارویی)</p> <p>محل امضا دانشجو تاریخ</p> <p>توجه: مخالفت با حذف پزشکی درس باعث منظور شدن نمره صفر برای درس مذکور است.</p> <p>مشخصات درس</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام درس</th> <th>تعداد واحد</th> <th>تاریخ امتحان</th> <th>توضیح</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	توضیح	۱					۲					۳					۴					این قسمت توسط دانشجو تکمیل گردد
ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	توضیح																										
۱																														
۲																														
۳																														
۴																														
<p>شورای تحصیلات تکمیلی</p> <p>به اطلاع می رساند: نامبرده مدارک مذکور و تقاضای خود به شرح جدول بالا مربوط به نیمسال سال تحصیلی را در تاریخ</p> <p>به اداره آموزش تحویل داده است.</p> <p>۱- تاریخ امتحانات و تاریخ گواهی پزشکی نامبرده بررسی شد و مطابقت دارد</p> <p>۲- تا کنون بار از حذف پزشکی اسفاده نموده است</p> <p>محل امضا کارشناس آموزش</p> <p>طبق مصوبه جلسه شورای تحصیلات تکمیلی <input type="checkbox"/> موافقت <input type="checkbox"/> مخالفت گردید</p> <p>امضا</p> <p>.....</p> <p>معاون آموزشی</p>					این قسمت توسط کارشناس تکمیل گردد																									