



پایه علمی

کاربرک درخواست حذف پزشکی درس

تاریخ:

پوست:

مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:	دوره: کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>
رشته:	گروه آموزشی:	دانشکده:

☆ توسط اداره آموزش دانشکده تکمیل شود

مشخصات درس یا دروسی که دانشجو در آزمون پایان ترم آن شرکت نکرده است

نام درس	تاریخ برگزاری آزمون	نام درس	تاریخ برگزاری آزمون

☆ گواهی می‌شود دانشجو در روز برگزاری آزمون درس مورد درخواست یا در بازه‌ی زمانی برگزاری آزمون دروس فوق در آزمون درس دیگری شرکت ننموده است.

مهر و امضای رئیس اداره آموزش دانشکده

☆ توسط پزشک معتمد دانشگاه تکمیل شود

مدارک و مستندات پزشکی ارائه شده توسط دانشجو

گواهی استراحت <input type="checkbox"/>	مدارک اورژانس بیمارستان <input type="checkbox"/>	مدارک بستری بیمارستان <input type="checkbox"/>	مراجعه مستقیم به درمانگاه دانشگاه <input type="checkbox"/>
محل صدور مدارک پزشکی		تاریخ مراجعه به درمانگاه دانشگاه	وجود علائم ابتلا به بیماری یا مصدومیت در زمان مراجعه
استان:	شهر:	وجود علائم بالینی <input type="checkbox"/>
		عدم وجود علائم بالینی <input type="checkbox"/>	

نظر تخصصی:

بر اساس مدارک و مستندات پزشکی و علائم بالینی، ایشان از تاریخ تا تاریخ قادر به شرکت در جلسه‌ی آزمون نبوده است.

با توجه به نبود مدارک متقن پزشکی و فقدان علائم بالینی در زمان مراجعه، نیاز به استراحت پزشکی در بازه زمانی مورد درخواست، مورد تأیید نیست.

مهر و امضای پزشک معتمد دانشگاه

☆ نظر شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

درخواست دانشجو در جلسه مورخ شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح و مورد موافقت مخالفت قرار گرفت.

مدیر کل آموزشی دانشگاه / مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه	معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده
---	---------------------------------------