

فرم درخواست بررسی مدارک پزشکی با توجه به دستور العمل بررسی امتحانات پایان نیمسال تحصیلی

ارائه مدارک پزشکی برای بررسی پرونده تحصیلی در کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه برای تمامی مقاطع تحصیلی

مسئول محترم آموزش دانشکده.....

با سلام و احترام

❖ اینجانب دانشجوی مقطع:..... رشته با شماره دانشجویی:

..... به دلیل ابتلا به بیماری..... از تاریخ..... علایم آن بروز کرده است ،

به پزشک مراجعه و از تاریخ..... لغایت..... به مدت تحت درمان بوده ام.

❖ به دلیل بیماری..... اعضای خانواده (نسبت.....)

توضیحات:.....

با عنایت به مدارک پزشکی پیوست شامل: درخواست حذف پزشکی

درس/دروس را دارم.

❖ در امتحان.....ان درس/دروس نیمسال (اول / دوم) سال

تحصیلی..... حضور نداشته ام.

۱- نام درس: تاریخ امتحان:

❖ در جلسات درس/دروس..... نیمسال (اول/دوم) سال تحصیلی حضور نداشته ام.

۱- نام درس: تاریخ امتحان:

۲- نام درس : تاریخ امتحان:

۳- نام درس تاریخ امتحان

۴-:

❖ درخواست مرخصی، حذف ترم و وقفه تحصیلی بدون احتساب در سنوات تحصیلی در نیمسال (اول/دوم).....

سال تحصیلی را دارم.

❖ در تاریخ مقرر..... موفق به دفاع از پایان نامه خود نشده ام.

توضیحات:.....

تلفن تماس:..... تاریخ تحویل مدارک پزشکی به آموزش دانشکده:

امضای دانشجو

اعلام نظر اداره آموزش دانشکده (نام و نام خانوادگی، امضا و تاریخ و مهر واحد)

.....