|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| مدیریت تحصیلات تکمیلی  معاونت آموزشی و پژوهشیآموزشی | فرم درخواست حذف پزشکی دوره کارشناسی ارشد |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي:** | **شماره دانشجويي:** | **رشته و گرايش:** |
| استاد راهنما: | تعداد واحد گذرانده: | روزانه❑ نوبت دوم ❑ |

|  |
| --- |
| ❑حذف تکدرس: نام درس تاريخ برگزاري امتحان:  ❑ حذف نیمسال : مربوط به نیمسال : اول / دوم 13  نوع بيماري : کلیه مستندات (شرح عمل / بستری / گزارشات پزشکی ) پیوست شود.  اینجانب صحت کلیه مدارک ارائه شده را تایید می نمایم، در غیر این صورت عواقب آن را به عهده می­گیرم. تاريخ: امضاء |
| دانشجو از شرکت در امتحان درس یا دروس نیمسال فوق محروم نبوده است. ❑ محروم بوده است. ❑  در صورت درخواست دانشجو برای حذف کل دروس نیم­سال فوق لیست دروس ثبت نام مورد تأیید توسط آموزش دانشکده باید پیوست شود**:**  تایید استاد یا اساتید کل دروس (درخواست شده برای حذف) مبنی بر عدم محروم بودن دانشجو: |
| **نظر استاد راهنما :**حذف درس یا دروس نیم­سال (با توجه یه فعالیت­های تحصیلی دانشجو ):  استادراهنما: تاریخ : امضا: |
| گواهی می­شود دانشجو برای ..................... مرتبه درخواست حذف پزشکی دارند.  کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه: تاریخ : امضا: |
| **نظر پزشک معتمد دانشگاه:**  مدارک پیوست مورد تأیید می­باشد ❑ مورد تأیید نمی­باشد ❑  پزشک معتمد دانشگاه: تاریخ: مهر و امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای گروه مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید (کپی صورت­جلسه پیوست گردید):  مدیر گروه آموزشی : تاریخ : امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای آموزشی دانشکده مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید (کپی صورت­جلسه پیوست گردید):  رییس دانشکده : تاریخ : امضا: |
| درخواست دانشجو در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه مورخ .......................... مورد رسیدگی قرار گرفت و رأی به شرح زیر صادر گردید:    مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه : تاریخ : امضا: |