



باسمه تعالی

برگه درخواست حذف پزشکی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

اینجانب به شماره دانشجویی رشته تحصیلی مقطع با توجه به مدارک پیوست از تاریخ تا تاریخ به علت بیماری نتوانسته ام در امتحان درس / امتحان دروس مشروحه زیر در نیمسال سال تحصیلی شرکت نمایم. لذا خواهشمندم مراتب مورد بررسی قرار گیرد. ضمناً متعهد می شوم شخصاً در کمیسیون پزشکی شرکت نموده و در صورت تخلف مسئولیت هرگونه عواقب ناشی از آن را بپذیرم.

مشخصات دروس

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
۱				
۲				
۳				

مدارک پیوست:..... نام و امضاء دانشجو:

تلفن تماس:..... تاریخ:

توجه: مخالفت با حذف پزشکی درس باعث منظور شدن نمره صفر برای درس مذکور است.

مدیر آموزش

پزشک معتمد مؤسسه جناب آقای / سرکار خانم

احتراماً خواهشمند است مدارک فوق را بررسی و اعلام نظر بفرمائید.

مدیر اداره آموزش مؤسسه

تاریخ و مهر و امضاء

پزشک معتمد مؤسسه

معاون محترم آموزشی مؤسسه آموزش عالی علامه امینی - بهنمبر

باسلام به استناد مدارک و شواهد پزشکی و نظر پزشک معالج، عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان به لحاظ وضعیت جسمانی مجاز تلقی میشود نمیشود

نوع بیماری:..... تاریخ و ساعت

نام و نام خانوادگی پزشک:

امضاء

مهر پزشک

معاونت آموزشی

اداره آموزش مؤسسه

باتوجه به بررسی های به عمل آمده با حذف پزشکی درس / دروس فوق الذکر در جلسه شماره مورخ شورای آموزشی

موافقت مخالفت گردید.

امضاء معاون آموزش

مدیر آموزش

کارشناس محترم آموزش

باسلام، لطفاً برابر مقررات نسبت به ثبت حذف پزشکی در سیستم رایانه ای اقدام گردد.

امضاء مدیر آموزش

کارشناس آموزش

در تاریخ مصوبه شورا در سیستم رایانه ای ثبت و فرم تحویل بایگانی گردید.

امضاء کارشناس آموزش