

**فرم درخواست حذف پزشکی**

توجه: ارائه درخواست فوق به همراه مستندات حداکثر ۵ (پنج) روزکاری پس از پایان امتحانات نیمسال

به آموزش دانشکده مربوطه الزامی است.

**این قسمت توسط دانشجو تکمیل گردد**

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی: مقطع تحصیلی: دانشکده: رشته/گرایش:

بدلیل بیماری و باتوجه به مستندات پیوست، درخواست حذف درس/دروس ذیل را در نیمسال ( ) سالنحصیلی (...../...../۱۳) دارم.

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

نام درس: کد درس: کد گروه: تاریخ امتحان: / / ساعت امتحان:

توضیح ضروری (ذکر نوع بیماری و عوارض آن به صورت مشروح لازم است)

• مدارک لازم ضمیمه است.

• صحت اطلاعات فوق تعهد می شود.

تاریخ و امضاء دانشجو

**این قسمت توسط آموزش دانشکده تکمیل گردد.**

۱- صحت مندرجات درخواست دانشجو (درس - تاریخ امتحان) تایید میگردد  تایید نمی گردد

۲- مدارک پزشکی ارائه شده باتاریخ امتحان مطابقت دارد  ندارد

**مدارک پزشکی و ضمایم**

۱- درمورد گواهی بستری: برگ ترخیص دارد  ندارد  آزمایشات پزشکی دارد  ندارد

مدرک تشخیصی دارد  ندارد  گواهی استراحت دارد  ندارد

۲- در مورد گواهی سرپایی: گواهی دارد  ندارد  نسخه پزشک دارد  ندارد

۳- بعلت نقص مدارک و اطلاعات ضمیمه شده در فرم، تقاضای نامبرده قابل بررسی نمی باشد. لذا درخواست دانشجو ضبط

وبایگانی گردید..

تاریخ / مهر و امضاء مسئول آموزش دانشکده

