



بسمه تعالی

شماره:  
تاریخ:  
پیوست:

### فرم درخواست حذف پزشکی

توجه: ارائه درخواست فوق به همراه مستندات حداکثر ۵ (پنج) روز کاری 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 ( ) سالتحصیلی ( ...../...../۱۳ ) دارم.				
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان:
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	تاریخ امتحان:	ساعت امتحان:
نام درس:	کد درس:	کدگروه:	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 ضمائم

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