

فرم تقاضای حذف پزشکی

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

مهلت تحویل فرم حذف پزشکی به اداره آموزش حداکثر تا ۸ ساعت پس از زمان امتحان می باشد.

شورای محترم آموزشی دانشگاه باختر:

با سلام، احتراماً اینجانب..... دانشجوی رشته..... مقطع.....
 به شماره دانشجویی..... بدلیل بیماری در امتحان مورخ..... در.....
 درس..... به ارزش..... واحدا که با استاد..... در نیمسال اول □ دوم □
 تابستانی □ سال تحصیلی..... ارائه گردیده شرکت ننموده و خواهان حذف پزشکی درس مذکور می باشم.

امضا و تاریخ

<p>امور مالی</p>	<p>مراتب عدم بدهی دانشجوی فوق الذکر مورد تایید می باشد.</p> <p>امضا و تاریخ</p>
<p>مسئول امتحانات</p>	<p>یادشده در جلسه امتحان مورد تقاضا غیبت داشته است و:</p> <p>□ با عنایت به دارا بودن شرایط حدنصاب حذف پزشکی در سیستم خدمات آموزشی درج گردید.</p> <p>□ با عنایت به عدم دارا بودن شرایط حدنصاب حذف پزشکی، نیازمند اعلام نظر مدیر گروه می باشد.</p> <p>□ با عنایت به عملی و یا عملی - نظری بودن درس نیازمند اعلام نظر استاد و مدیر گروه مربوطه می باشد</p> <p>□ با عنایت به پایان زمانبندی ارائه فرم نیازمند اعلام نظر مدیر گروه می باشد.</p> <p>امضا و تاریخ</p>
<p>مدیر گروه آموزشی</p>	<p>حذف پزشکی مورد تقاضا: موافقت می شود □ موافقت نمی شود □</p> <p>□ نیازمند طرح در شورای آموزشی می باشد</p> <p>امضا و تاریخ</p>
<p>فناوری اطلاعات</p>	<p>ضمن کنترل رعایت موارد ذیل در سیستم خدمات آموزشی ثبت گردید.</p> <p>امضا و تاریخ</p>