



فرم تاییدیه مدارک پزشکی دانشجویی

کلیه مقاطع تحصیلی

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:	کد ملی:
شماره دانشجویی :	رشته :	گرایش :
مقطع تحصیلی: کارشناسی <input type="checkbox"/>	کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>	دکتری <input type="checkbox"/>
نام دانشکده:	تلفن همراه:	تلفن ثابت :

در صورتی که تاکنون از فرصت کمیسیون موارد خاص دانشگاه، شورای آموزشی دانشکده یا دانشگاه و کمیته غیبت ها بهره مند بوده اید با ذکر نوع درخواست، نیمسال و سال تحصیلی در این قسمت قید نمایید :

نوع درخواست

<input type="checkbox"/>	حذف درس
<input type="checkbox"/>	حذف ترم (نیمسال سال تحصیلی)
<input type="checkbox"/>	محدودیت ورزشی
<input type="checkbox"/>	اخذ سنوات
<input type="checkbox"/>	تمدید سنوات
<input type="checkbox"/>	مرخصی بدون احتساب در سنوات در نیمسال سال تحصیلی به دلیل بارداری <input type="checkbox"/> زایمان <input type="checkbox"/> بیماری <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	بازگشت به تحصیل

دانشجوی گرامی لطفاً در صورت درخواست حذف درس یا دروس موارد ذیل را تکمیل نمایید:

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	نام استاد

نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ و امضاء

موارد فوق بررسی شد و تایید می گردد .

رییس اداره آموزش دانشکده

تاریخ و امضاء

مدارک پزشکی مرتبط با بیماری دانشجوی فوق الذکر در روز مورخ تحویل گرفته شد و توسط پزشک معتمد ویزیت گردید.

پزشک معتمد دانشگاه

تاریخ و امضاء