



شماره :
تاریخ :
پیوست :

فرم درخواست حذف پزشکی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

اینجانب با شماره دانشجویی: مقطع : دانشکده : به دلیل
بیماری، و با توجه به مدارک پیوست درخواست حذف زیر را در نیمسال سال تحصیلی دارم.

• نام درس : شماره درس ، گروه

تاریخ امتحان/...../..... ، ساعت امتحان :

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

*مدارک لازم پیوست است. صحت اطلاعات ارائه شده تعهد می شود.

تاریخ و امضاء دانشجو

این قسمت توسط بهداری تکمیل شود (محرمانه)

شرح مختصر بیماری

- زمان رخداد بیماری فعلی: - طول دوره درمان:

آیا در روز امتحان به مرکز بهداشت و درمان دانشگاه مراجعه داشته است؟ خیر بله ، ساعت مراجعه :

اقدامات انجام شده در مرکز بهداشت و درمان دانشگاه:

مدارک پزشکی و نسخه پزشک : کامل است ناقص است تاریخ شروع بیماری/...../.....

گواهی استراحت: دارد ندارد

- نوع درمان: سرپایی بستری - در صورت بستری آیا جراحی داشته است؟ بله خیر

- نیاز به استراحت: نداشته است داشته است - در صورت نیاز به استراحت مدت زمان درج شود.

توضیحات:

آیا زمان بیماری و مدارک ارائه شده با نیمسال آموزشی درخواست دانشجو انطباق دارد؟ بله خیر

- نظر کلی پزشک دانشگاه: مساعدت به عمل آید دلایل و مدارک ارائه شده، توجیه کننده عدم شرکت دانشجو در امتحان نیست.

توضیحات:

نام پزشک: امضاء و مهر مرکز بهداشت و درمان تاریخ/...../.....

* لطفاً فرم تکمیل شده را به صورت محرمانه و مستقیم به مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه ارسال نمایید.

استاد درس (دانشکده)

۱- حضور ایشان در کلاس چگونه بوده است؟

حضور منظم در طول ترم حضور نامنظم کمتر از ۵۰٪ یا عدم حضور

توضیحات:

۲- در صورت امکان، آخرین جلسه حضور دانشجو در کلاس را اعلام فرمایید.

.....

۳- نامبرده چند درصد از تمرین‌ها یا پروژه‌های درس را تحویل داده است؟

کلیه تمرین‌ها و پروژه‌ها بیشتر از ۵۰٪ کمتر از ۵۰٪ اصلاً تحویل نداده است

۴- آیا نامبرده در امتحان میان ترم شرکت نموده است؟ بلی خیر امتحان میان ترم از دانشجویان گرفته نشده است

۵- آیا نامبرده در امتحان پایان ترم شرکت نموده است؟ بلی خیر

۵- ارزیابی کلی خود از دانشجو و درخواست وی مبتنی بر حذف درس از کارنامه را به طور خلاصه اعلام نمایید.

.....

نام و نام خانوادگی و امضاء استاد درس

توضیح ضروری:

.....

معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

*لطفاً محرمانه و مستقیم به مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه ارسال گردد.

اظهار نظر کارشناس مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

مطابقت درخواست با مقررات

خلاصه وضعیت دانشجو

.....
.....

.....
.....

سابقه حذف پزشکی دانشجو

تاریخ امتحان سایر دروس دانشجو در این نیمسال

.....
.....

.....
.....

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس

نظر نهایی

درخواست دانشجو در جلسه زیر کمیته مطرح گردید. باحذف

درس به شماره در نیمسال

موافقت (ارجاع به اداره سوابق)

مخالفت (بایگانی در پرونده دانشجو)

گردید.

توضیح ضروری:

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه