



« دانشگاه حضرت معصومه (س) - معاونت آموزشی »

« فرم شماره ۱۱ - تقاضای حذف پزشکی »

تاریخ:.....

شماره:.....

پیوست:.....

مشخصات دانشجو:

اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی دوره روزانه / شبانه / نیمه حضوری در مقطع کارشناسی / کارشناسی ارشد ، بر اساس گواهی پزشکی ارائه شده به پیوست، تقاضای حذف پزشکی ترم / حذف پزشکی درس (مندرج در جدول زیر) در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی را دارم.

لیست دروس حذف پزشکی در صورت انتخاب گزینه حذف پزشکی درس					
ردیف	نام درس	تعداد واحد	ردیف	نام درس	تعداد واحد

تذکره ۱: گواهی های ارائه شده برای غیبت امتحانی در صورتی قابل بررسی خواهد بود که دانشجو در همان درس دارای غیبت بیش از حد مجاز کلاسی نباشد.
تذکره ۲: مدارک قابل قبول و معتبر برای حذف پزشکی فقط مدارک کامل بستری بیمارستان و یا گواهی ویزیت توسط پزشک معتمد مستقر در دانشگاه خواهد بود.

تاریخ و امضاء دانشجو

نظر کارشناس دانشکده:

با بررسی های انجام شده، موارد زیر قابل ذکر است:

۱. نامبرده دارای غیبت کلاسی بیش از حد مجاز می باشد / نمی باشد .

۲. نامبرده در طول نیمسال تحصیلی واحد درسی را با معدل گذرانده است.

۳. میزان استفاده دانشجو از حذف پزشکی و سایر موارد لازم:

تاریخ و امضاء کارشناس

نظریه پزشک معتمد:

با توجه به مراجعه حضوری دانشجو در زمان بیماری / بررسی مدارک بستری دانشجو ، گواهی پزشکی ارائه شده توسط دانشجوی مذکور مور تأیید اینجانب دکتر است / نیست .

تاریخ و امضاء پزشک

نظر مدیر آموزشی دانشکده:

با درخواست فوق موافقت گردید / نگردید .

تاریخ و امضاء مدیر آموزشی