



دانشگاه حضرت معصومه(س)

معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی

«فرم تقاضای حذف پزشکی ترم»

شماره:
تاریخ:
پیوست:

اینجانب دانشجوی مقطع کارشناسی کارشناسی ارشد رشته دوره روزانه/شبانه/مجازی / به شماره دانشجویی با توجه به غیبت کلاسی امتحانی بر اساس گواهی پزشکی ارائه شده به پیوست تقاضای حذف پزشکی تعداد واحد درس /دروس را در نیمسال اول /دوم سال تحصیلی /..... ۱۳ دارم.

تذکر 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.
تذکر 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.
تذکر ۳: درخواستهای مذکور فقط مطابق با زمان اعلام شده در تقویم آموزشی معتبر خواهد بود.

تاریخ و امضای دانشجو

نظر کارشناس دانشکده

۱- (مخصوص تقاضای غیبت امتحانی) دانشجو در درس /دروس مورد درخواست دارای غیبت کلاسی بیش از حد مجاز می باشد نمی باشد

۲- نامبرده تا کنون در طول ترم به میزان واحد از دروس خود را حذف پزشکی کرده است.

۳- دانشجو در طول ترم تحصیلی واحد را با معدل (به عدد) (به حروف) گذرانده است.

۴- شرح وضعیت تحصیلی دانشجو و سایر موارد لازم:

نام و نام خانوادگی: تاریخ و امضای کارشناس

نظر پزشک معتمد دانشگاه

۱- دانشجو مراجعه حضوری به پزشک داشته است نداشته است

۲- با توجه به مراجعه حضوری دانشجو در زمان بیماری به پزشک معتمد عدم امکان حضور نامبرده در کلاس یا جلسه امتحان مورد تایید می باشد نمی باشد

۳- با توجه به بررسی صورت گرفته مدارک بستری دانشجو در بیمارستان در روز امتحان مورد تایید می باشد نمی باشد

نام و نام خانوادگی: تاریخ و امضا و مهر پزشک معتمد

نظر شورای آموزشی دانشکده:

طبق مصوبه جلسه مورخ با درخواست فوق موافقت شد مخالفت شد معاون آموزشی دانشکده
تاریخ و امضا

کارشناس محترم آموزش دانشکده

با سلام بر اساس مصوبه شورا اقدام شود . کارشناس مسئول آموزش

تاریخ و امضا

تاریخ و امضای اقدام کننده