هوالشافی

**فرم تقاضای حذف پزشکی درس/ ترم و مرخصی**

اینجانب ................................................... دانشجوی رشته ...................................... دانشکده ................................... به شماره دانشجویی ....................................... با توجه به مدارک پزشکی پیوست درخواست حذف درس / دروس 🖵حذف ترم🖵مرخصی🖵 برای نیمسال اول🖵 دوم🖵 سال تحصیلی ................ را دارم، خواهشمند است با عنایت به مدارک پیوست و تایید گروه آموزشی در زیر، درخواست اینجانب را مورد بررسی قرار داده و نتیجه را به صورت محرمانه به اداره امور آموزشی دانشگاه ارسال فرمائید، در ضمن اینجانب صحت کلیه مدارک لازم را ضمیمه کرده و اصالت آنها را تایید می نمایم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود دانشگاه می تواند طبق مقررات با اینجانب رفتار نماید.

 **امضاء تاریخ**

**نظر استاد محترم درس/ دروس :**

غیبت دانشجو در جلسه پایان نیمسال / ترک جلسه امتحان مورد تایید است و حذف پزشکی درس/ دروس از نظر اینجانب / اینجانبان بلامانع است.

**امضاء تاریخ**

**نظر مدیر محترم گروه:** (لطفاً با توجه به نوع درخواست دانشجو در بالا یکی از موارد زیر را تایید فرمائید.)

نظر استاد محترم درس / اساتید محترم دروس مورد تائید است 🖵 حذف پزشکی ترم دانشجو از نظر گروه بلامانع است🖵

مرخصی دانشجو به دلیل بیماری از نظر گروه بلامانع است 🖵

**امضاءو مهر گروه تاریخ**

**نظر شورای پزشکی دانشگاه :**

|  |
| --- |
| **نام بیماری:** ...................................................... **نوع بیماری:** خاص است🖵 خاص نیست🖵  |
| غیبت | غیبت دانشجو در جلسه امتحان درس/ دروس متاثر از این بیماری است🖵 نیست 🖵  |
| حذف ترم | زمان بیماری دانشجو با نیمسال مورد تقاضا مطابقت دارد🖵 ندارد🖵لذا حذف ترم مورد تقاضای دانشجو تائید می شود 🖵 تائید نمی شود🖵  |
| مرخصی | درمان بیماری نیاز به مرخصی دارد🖵 ندارد 🖵 **تذکر**: موافقت با مرخصی با احتساب یا بدون احتساب دانشجو با توجه به سوابق آموزشی بر عهده اداره امور آموزش دانشگاه است. |

**توضیحات پزشکی در صورت نیاز**

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................مهر شورای پزشکی