|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اين قسمت توسط دانشجو تکميل شود | اينجانب:.................................. به شماره دانشجويي:....................... رشته تحصيلي:..................................... مقطع:........................... با توجه به مدارک پيوست از تاريخ ............................... تا تاريخ .............................. به علت بيماري نتوانسته ام در امتحان درس/ دروس مشروحه زير در نيمسال .......................... سال تحصيلي ........................ شرکت نمايم. لذا خواهشمندم مراتب مورد بررسي قرار گيرد. ضمناً متعهد مي شوم شخصاً در کميسيون پزشکي شرکت نموده و در صورت تخلف مسئوليت هر گونه عواقب ناشي از آن را بپذيرم.مشخصات دروس

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام درس | تعداد واحد | تاريخ امتحان | ساعت امتحان |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

مدارک پيوست:................................................................تلفن تماس: ....................................................................**توجه** : مخالفت با حذف پزشکي درس باعث منظور شدن نمره **صفر** براي درس مذکور است. **محل امضاء دانشجو:** **تاريخ** |
| **مرکز پزشکي**با سلام احتراماًً خواهشمند است، مدارک فوق را بررسي و اعلام نظر فرمائيد. **کارشناس آموزشي موسسه:** **تاريخ، مهر و امضاء** |
| **آموزش موسسه**باسلام، به استناد مدارک و شواهد پزشکي و نظر پزشک معالج، عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان به لحاظ وضعيت جسماني مجاز تلقي مي شود نمي شود **نام و نام خانوادگي پزشک:** **امضاء:** **تاريخ و ساعت:** **مهر پزشک و کلينيک**: |
| **اداره خدمات کامپيوتري**با سلام، لطفاً برابر مقررات نسبت به ثبت حذف پزشکي در سيستم رايانه اي اقدام نماييد. **مدير آموزش:** |
| در تاريخ .......................... مصوبه شورا در سيستم رايانه اي ثبت و برگه تحويل بايگاني گرديد. **اداره خدمات کامپيوتري** |