|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | |