



شماره:

تاریخ:

پیوست:

## باسمه تعالی

### برگه درخواست حذف پزشکی

این قسمت توسط دانشجو تکمیل شود

اینجانب ..... به شماره دانشجویی ..... رشته تحصیلی ..... مقطع ..... با توجه به مدارک پیوست از تاریخ ..... تا تاریخ ..... به علت بیماری نتوانسته ام در امتحان درس / امتحان دروس مشروحه زیر در نیمسال ..... سال تحصیلی ..... شرکت نمایم. لذا خواهشمندم مراتب مورد بررسی قرار گیرد. ضمناً متعهد می شوم شخصاً در کمیسیون پزشکی شرکت نموده و در صورت تخلف مسئولیت هرگونه عواقب ناشی از آن را بپذیرم.

#### مشخصات دروس

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
۱				
۲				
۳				

#### نام و امضاء دانشجو:

مدارک پیوست:.....

#### تاریخ:

تلفن تماس:.....

توجه: مخالفت با حذف پزشکی درس باعث منظور شدن نمره صفر برای درس مذکور است.

مدیر آموزش

پزشک معتمد موسسه جناب آقای / سرکار خانم .....

مدیر اداره آموزش مؤسسه  
تاریخ و مهر و امضاء

احتراماً خواهشمند است مدارک فوق را بررسی و اعلام نظر بفرمائید.

پزشک معتمد مؤسسه

معاون محترم آموزشی مؤسسه آموزش عالی علامه امینی - بهنمیر

باسلام به استناد مدارک و شواهد پزشکی و نظر پزشک معالج، عدم حضور نامبرده در جلسه امتحان به لحاظ وضعیت جسمانی مجاز تلقی میشود  نمیشود

نام و نام خانوادگی پزشک:

نوع بیماری:..... تاریخ و ساعت

امضاء

مهر پزشک

معاونت آموزشی

اداره آموزش مؤسسه

باتوجه به بررسی های به عمل آمده با حذف پزشکی درس / دروس فوق الذکر در جلسه شماره ..... مورخ ..... شورای آموزشی

امضاء معاون آموزش

موافقت  مخالفت  گردید.

مدیر آموزش

کارشناس محترم آموزش

امضاء مدیر آموزش

باسلام، لطفاً برابر مقررات نسبت به ثبت حذف پزشکی در سیستم رایانه ای اقدام گردد.

کارشناس آموزش

در تاریخ ..... مصوبه شورا در سیستم رایانه ای ثبت و فرم تحویل بایگانی گردید.

امضاء کارشناس آموزش

