



## فرم درخواست حذف پزشکی درس

دانشجو بایستی با تکمیل این فرم و همراه داشتن مدارک پزشکی به پزشک معتمد مؤسسه مراجعه و در صورت تأیید پزشک معتمد حداکثر تا هفت روز پس از پایان تاریخ امتحانات به اداره آموزش مراجعه نماید.

اینجانب : ..... دارای شماره دانشجویی : ..... دانشجوی رشته : .....  
مقطع : ..... با توجه به بیماری در تاریخ  
۱- نام درس : ..... تاریخ امتحان : .....  
۲- نام درس : ..... تاریخ امتحان : .....  
۳- نام درس : ..... تاریخ امتحان : .....

آدرس و شماره تماس دانشجو :

امضاء دانشجو  
تاریخ :

"ارائه تصویر کارت ورود به جلسه امتحان به همراه این فرم الزامی است."

نظر پزشک معتمد مؤسسه :

امضاء و مهر پزشک معتمد

تاریخ :

نظر مدیر خدمات آموزشی :

با حذف پزشکی درس/دروس مطابق نظر پزشک معتمد،  موافقت  مخالفت می گردد.

امضاء مدیر خدمات آموزشی  
تاریخ :

در تاریخ ..... اقدام گردید.

امضاء مدیر اداره خدمات کامپیوتری  
تاریخ :