**کاربرگ درخواست حذف پزشکی درس**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات دانشجو** | | |
| **نام و نام خانوادگی:** | **شماره دانشجویی:** | **دوره: کارشناسی 🞎 کارشناسی ارشد 🞎 دکتری 🞎** |
| **رشته تحصیلی:** | **گروه آموزشی:** | **دانشکده:** |

**توسط دانشجو تکمیل شود**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات درس یا دروسی که دانشجو در آزمون پایان ترم آن شرکت نکرده است** | | | | | | |
| **نام درس** | **کد درس** | **تاریخ آزمون** |  | **نام درس** | **کد درس** | **تاریخ آزمون** |
| **1-** |  |  | **3-** |  |  |
| 2- |  |  | **4-** |  |  |

**\* در روز برگزاری آزمون دروس مورد درخواست یا در بازه­ زمانی برگزاری آزمون دروس فوق، در آزمون درس دیگری شرکت ننموده­ام🞎**

**\* سابقه حذف پزشکی درس ................................................................. در نیمسال ...................... دارم 🞎 ندارم 🞎**

**\* تعداد واحد اخذ شده نیمسال جاری .............. واحد می باشد و در صورت حذف درس یا دروس فوق، شرط حداقل واحد رعایت خواهد شد 🞎**

**صحت اطلاعات فوق را تایید می­نمایم 🞎**

**تذکرات مهم:**

**\* حذف پزشکی بار اول با گواهی پزشک متخصص، و بار دوم به بعد فقط با گواهی بستری بیمارستان قابل طرح و بررسی در شورای دانشگاه می­باشد.**

**\* حداکثر زمان قابل قبول جهت تکمیل فرم و مراجعه و تحویل به درمانگاه دانشگاه، 48 ساعت پس از تاریخ آزمون مورد درخواست می­باشد.**

**\* به مدارکی که پس از مهلت مقرر تحویل گردد، ترتیب اثر داده نخواهد شد.**

**تاریخ درخواست: ........................... شماره همراه: ................................................. امضاء دانشجو**

**توسط پزشک معتمد دانشگاه تکمیل شود**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مدارک و مستندات پزشکی ارائه شده توسط دانشجو** | | | |
| **گواهی پزشک متخصص 🞎** | **مدارک اورژانس بیمارستان 🞎** | **مدارک بستری بیمارستان 🞎** | **مراجعه مستقیم به درمانگاه دانشگاه 🞎** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **محل صدور مدارک پزشکی** | |  | **تاریخ مراجعه به درمانگاه دانشگاه** | **وجود علائم ابتلا به بیماری یا مصدومیت در زمان مراجعه** | |
| **استان:** | **شهر:** |  | **وجود علائم بالینی 🞎** | **عدم وجود علائم بالینی 🞎** |

**نظر تخصصی:**

**🞎 بر اساس مدارک و مستندات پزشکی و علائم بالینی، ایشان از تاریخ ..................... تا تاریخ ..................... قادر به شرکت در جلسه­ی آزمون نبوده است.**

**🞎 با توجه به نبود مدارک متقن پزشکی و فقدان علائم بالینی در زمان مراجعه، نیاز به استراحت پزشکی در بازه­ زمانی مورد درخواست، مورد تایید نیست.**

**مهر و امضاء پزشک معتمد دانشگاه**

**توسط آموزش دانشکده تکمیل شود**

|  |  |
| --- | --- |
| **درخواست دانشجو در جلسه مورخ .................................. شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده مطرح و مورد  موافقت 🞎 مخالفت 🞎 قرار گرفت.** | |
| **امضاء رئیس آموزش دانشکده** | **مهر و امضاء معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده** |