



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
۱-			۳-		
۲-			۴-		

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

* سابقه حذف شورای 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، ۴۸ 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	
استان:	شهر:	وجود علائم بالینی ☐	وجود علائم بالینی یا مصدومیت در زمان مراجعه ☐
		عدم وجود علائم بالینی ☐	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