



فرم تاییدیه مدارک پزشکی دانشجویی

کلیه مقاطع تحصیلی

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:	کد ملی:
شماره دانشجویی :	رشته :	گرایش :
مقطع تحصیلی: کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکتری ☐		
نام دانشکده:	تلفن همراه:	تلفن ثابت :

در صورتی که تاکنون از فرصت کمیسیون موارد خاص دانشگاه، شورای آموزشی دانشکده یا دانشگاه و کمیته غیبت ها بهره مند بوده اید با ذکر نوع درخواست، نیمسال و سال تحصیلی در این قسمت قید نمایید :

نوع درخواست

☐ حذف درس
☐ حذف ترم (نیمسال سال تحصیلی)
☐ محدودیت ورزشی
☐ اخذ سنوات
☐ تمدید سنوات
☐ مرخصی بدون احتساب در سنوات در نیمسال سال تحصیلی به دلیل بارداری ☐ زایمان ☐ بیماری ☐
☐ بازگشت به تحصیل

دانشجوی گرامی لطفاً در صورت درخواست حذف درس یا دروس موارد ذیل را تکمیل نمایید:

ردیف	نام درس	تعداد واحد	تاریخ امتحان	نام استاد

نام و نام خانوادگی دانشجو

تاریخ و امضاء

موارد فوق بررسی شد و تایید می گردد .

رییس اداره آموزش دانشکده

تاریخ و امضاء

مدارک پزشکی مرتبط با بیماری دانشجوی فوق الذکر در روز مورخ تحویل گرفته شد و توسط پزشک معتمد ویزیت گردید.

پزشک معتمد دانشگاه

تاریخ و امضاء