



دانشکده علوم

## فرم درخواست حذف پزشکی (غیبت امتحان)

\*\* توجه : قبل از تکمیل فرم زیر مندرجات پشت صفحه را مطالعه و اقدام نمایید.

نام و نام خانوادگی دانشجو	شماره دانشجویی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	معدل کل	معدل ترم	واحد گذرانده کل	واحد ترم

گواهی پزشکی مورخ \_\_\_\_\_ صادره توسط خانم/آقای دکتر \_\_\_\_\_ که به علت ابتلاء به بیماری..... قادر به تشخیص و درمانی اینجانب (دانشجو) ..... به شماره ..... مورخ (روز)..... شرکت در جلسه امتحان درس ..... نبوده است، جهت تایید پزشک محترم معتمد دانشگاه ارسال می گردد. تاریخ..... ساعت.....)

امضاء دانشجو

تاریخ

نظر استاد درس/دروس مربوطه :

دانشجو در کلاس درس حضور داشته  حضور نداشته

دانشجو در جلسه امتحان حضور داشته  حضور نداشته

دانشجو قبل از شرکت در جلسه امتحان بیماری خود را اطلاع داده  دانشجو بعد از جلسه امتحان بیماری خود را اطلاع داده

سایر توضیحات:

امضاء

تاریخ

نظر کارشناس گروه :

دانشجو در جلسه امتحان حضور داشته  حضور نداشته

اطلاعات تحصیلی دانشجو مورد تأیید می باشد.

سایر توضیحات:

امضاء

تاریخ

نظر معاون آموزشی گروه :

امضاء

تاریخ

نظر پزشک معتمد دانشگاه :

امضاء

تاریخ

رای کمیته منتخب :

## تذکرات و مراحل گردش فرم حذف پزشکی

- ۱- دانشجو موظف است ظرف مدت حداکثر ۴۸ ساعت بعد از تاریخ امتحان درس، با در دست داشتن اعلام قبلی و گواهی پزشکی و نسخ درمانی و کلیه مدارک تشخیص به آموزش گروه مربوطه مراجعه نماید.
- ۲- به منظور تکمیل فرم درخواست حذف پزشکی، دانشجو می بایست به کارشناس آموزش گروه خود مراجعه و پس از دریافت فرم و پیوست نمودن کلیه مدارک پزشکی مرتبط، فرم تکمیل شده را به کارشناس آموزش گروه خود تحویل نماید.
- ۳- فقط به گواهی‌های پزشکی که حاوی مشخصات کامل پزشک و نیز مرتبط با بیماری فرد باشد ترتیب اثر داده خواهد شد. در صورت بستری شدن در بیمارستان، ارائه‌ی مدارک بیمارستانی الزامی است.
- ۴- نتیجه‌ی درخواست دانشجو پس از طرح در کمیته منتخب باحضور پزشک معتمد دانشگاه، از طریق گروه مربوطه به اطلاع دانشجو خواهد رسید.
- ۵- لازم به ذکر است درخواست و تحویل این فرم توسط دانشجو به هیچ عنوان بمنزله‌ی موافقت با حذف پزشکی نمی باشد و دانشجو موظف است نسبت به اطلاع از رای کمیته منتخب در خصوص موافقت یا مخالفت با درخواست وی اقدام نماید.