دانشگاه علوم کشاورزی
و منابع طبیعی ساری

بسمه تعالی

فرم حذف پزشکی

نیمسال اول/دوم تحصیلی .....

معاونت محترم آموزشی دانشکده .....

باسلام و احترام،

به استحضار می‌رساند اینجانب..... دانشجوی مقطع ..... رشته ..... دوره‌ی ..... به شماره دانشجویی ..... در جلسه‌ی کلاس/ امتحان درس که در روز ..... به تاریخ / / ۱۳ ساعت ..... برگزار شده است، به علت ..... غیبت داشته‌ام. لذا خواهشمند است دستور فرمایید در این خصوص اقدام لازم را مبذول فرمایند.

- دانشجو موظف است حداکثر تا ۷ روز پس از تاریخ امتحان همراه با فرم تکمیل شده و مستندات بیماری به پزشک معتمد دانشگاه مراجعه نماید.

نام و نام خانوادگی امضاء و تاریخ

شماره: .....

مدیریت محترم امور آموزشی/ تحصیلات تکمیلی دانشگاه

تاریخ: .....

باسلام و احترام،

به این وسیله ضمن تکمیل فرم‌های درخواست حذف پزشکی مربوط به دانشجوی فوق، به پیوست مدارک پزشکی نامبرده همراه با کارنامه تحصیلی برای طرح در شورای آموزشی دانشگاه ارسال می‌شود.

معاون آموزشی دانشکده

این قسمت پس از معاینه و بررسی مدارک توسط پزشک معتمد دانشگاه تکمیل می‌شود

علت بیماری: ..... نوع بیماری: عادی ☐ شدید ☐ بستری در بیمارستان ☐

مدت استراحت پزشکی: ..... روز از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳

بر اساس معاینات انجام شده و بررسی مدارک ارایه شده، گواهی پزشکی دانشجوی فوق تایید می‌شود☐ نمی‌شود☐.

توضیحات بیشتر : .....

*فرم تکمیل شده به صورت محرمانه به امور آموزشی دانشگاه ارسال شود. از تحویل فرم تکمیل شده به دانشجو خودداری شود.

تاریخ مراجعه دانشجو به درمانگاه: / / ۱۳ مهر و امضاء پزشک معتمد

این قسمت توسط دبیر شورای آموزشی دانشگاه تکمیل می‌شود

حذف پزشکی درس/ دروس فوق در نیمسال اول/دوم سال تحصیلی..... در جلسه شورای آموزشی دانشگاه به تاریخ / / ۱۳ مورد موافقت ☐ مخالفت ☐ قرار گرفت.

مهر و امضای شورای آموزشی دانشگاه