

دانشگاه قم

معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی

«فرم تقاضای حذف پزشکی»

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

اینجانب ..... دانشجوی مقطع کارشناسی □ کارشناسی ارشد □ رشته ..... دوره روزانه □ شبانه □ مجازی □ به شماره دانشجویی ..... با توجه به غیبت کلاسی □ امتحانی □ در درس / دروس ذیل و براساس گواهی پزشکی ارائه شده به پیوست تقاضای حذف پزشکی تعداد ..... واحد درس /دروس را در نیمسال اول □ دوم □ سال تحصیلی ...../..... ۱۳ دارم

| نام درس | واحد | شماره درس | گروه | تاریخ امتحان | نام درس | واحد | شماره درس | گروه | تاریخ امتحان |
|---------|------|-----------|------|--------------|---------|------|-----------|------|--------------|
|         |      |           |      |              |         |      |           |      |              |
|         |      |           |      |              |         |      |           |      |              |

تذکر ۱: گواهی های ارائه شده برای غیبت امتحانی در صورتی قابل بررسی خواهد بود که دانشجو در همان درس دارای غیبت بیش از حد مجاز کلاسی نباشد.

تذکر ۲: مدارک قابل قبول و معتبر برای حذف پزشکی فقط مدارک کامل بستری بیمارستان و یا گواهی ویزیت توسط پزشک معتمد مستقر در دانشگاه در روز امتحان خواهد بود.

تذکر ۳: درخواستهای مذکور فقط مطابق با زمان بندی اعلام شده در تقویم آموزشی معتبر خواهد بود.

تاریخ و امضای دانشجو

نظر کارشناس دانشکده

۱. (مخصوص تقاضای غیبت امتحانی) دانشجو در درس /دروس مورد درخواست دارای غیبت کلاسی بیش از حد مجاز می باشد □ نمی باشد □
۲. نامبرده تا کنون در طول .....ترم به میزان .....واحد از دروس خود را حذف پزشکی کرده است.
۳. دانشجو در طول .....ترم تحصیلی .....واحد را با معدل (به عدد)..... (به حروف)..... گذرانده است.
۴. شرح وضعیت تحصیلی دانشجو و سایر موارد لازم: .....

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ و امضای کارشناس

نظر پزشک معتمد دانشگاه

۱. دانشجو مراجعه حضوری به پزشک در روز امتحان داشته است □ نداشته است □
۲. با توجه به مراجعه حضوری دانشجو در زمان بیماری به پزشک معتمد عدم امکان حضور نامبرده در کلاس یا جلسه امتحان مورد تأیید می باشد □ نمی باشد □
۳. با توجه به بررسی صورت گرفته مدارک بستری دانشجو در بیمارستان در روز امتحان مورد تأیید می باشد □ نمی باشد □

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ و امضای و مهر پزشک معتمد

نظر شورای آموزشی دانشکده:

طبق مصوبه جلسه مورخ ..... با درخواست فوق موافقت شد □ مخالفت شد □

معاون آموزشی دانشکده

تاریخ و امضا

کارشناس محترم آموزش دانشکده

باسلام، براساس مصوبه شورا اقدام شود.

کارشناس مسئول آموزش

تاریخ و امضا

تاریخ و امضای اقدام کننده