فرم درخواست حذف پزشکی

**اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی**

با سلام؛

اینجانب با مشخصات ذیل:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **مقطع** | **دوره** | **شماره دانشجویی** | **رشته** |
|  |  |  |  |  |

بدليل بيماری، و با توجه به مدارک **پیوست** درخواست حذفدروس زير را در نيمسال ........... سال تحصيلی .................... دارم.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام درس** | **شماره درس** | **تاریخ امتحان** | **ساعت امتحان** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

مدارک پیوست:

1- 4-

2- 5-

3- 6-

صحت اطلاعات ارائه شده تعهد می شود.

\* ارائه درخواست مبنی بر حذف به همراه مستندات **حداکثر 72 ساعت** بعد از تاريخ امتحان به آموزش پردیس فارابی الزامی است.

تاريخ: ........../............/............. امضاء دانشجو:

شماره تماس:----------------------