



شماره
تاریخ
پیوست

مدیریت امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی

فرم تقاضای رسیدگی به غیبت در جلسه امتحان نهائی بدلیل مشکلات پزشکی

اینجانب دانشجوی رشته شماره دانشجویی از دانشگاه صنعتی شیراز به دلیل بیماری که از تاریخ با علائم شروع گردید، قادر به حضور در امتحان نهائی درس مندرج در جدول زیر نبوده ام : لطفاً نسبت به حذف آن اقدام فرمائید .
ضمناً به پیوست گواهی پزشکی و دیگر مدارک مربوطه (از قبیل نسخه پزشک معالج ، آزمایش ، عکس و ...) ارائه می گردد .

ردیف	نام درس	شماره درس	روز - تاریخ و ساعت امتحان	نام استاد درس
۱				

این تقاضا به منظور حذف پزشکی درس فوق ارائه گردیده و چنانچه خلاف واقع باشد عواقب آن را پذیرا می باشم .
امضاء دانشجو - تاریخ

ریاست محترم درمانگاه
با سلام ، احتراماً به پیوست گواهی پزشکی دانشجو به شماره دانشجویی به همراه دیگر مدارک (پیوست) جهت بررسی ارسال می گردد. خواهشمند است جواب آن مرکز را در ذیل این فرم به صورت محرمانه به این دانشگاه ارسال فرمائید .
مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه صنعتی شیراز

شماره:

محرمانه / مستقیم

تاریخ :

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه صنعتی شیراز
با سلام ، احتراماً در پاسخ به تقاضای فوق نظریه کمیسیون پزشکی به شرح مندرج در جدول زیر اعلام میگردد.

نظریه کمیسیون پزشکی

<input type="checkbox"/> - بیماری دانشجو مورد تأیید است	<input type="checkbox"/> - عدم حضور در جلسه امتحان را توجیه نمی کند
<input type="checkbox"/> - بیماری دانشجو مورد تأیید نمی باشد	<input type="checkbox"/> - اظهار نظر غیر ممکن می باشد

رئیس درمانگاه



بسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

دانشگاه صنعتی شیراز

شماره.....

تاریخ.....

فرم حذف پزشکی بدلیل غیبت در جلسه امتحان نهایی

رئیس محترم گروه با سلام ، احتراماً به استحضار میرساند اینجانب با شماره دانشجویی در امتحان نهائی درس به شماره گروه () به دلیل **غائب** بوده ام و تقاضای حذف پزشکی این درس را دارم .

مدارک پیوست عبارتند از :
 نام استاد درس گروه ارائه کننده درس تاریخ امتحان ساعت امتحان
 نام استاد مشاور دانشجو تعداد واحدهای گذرانده معدل کل
 امضاء دانشجو - تاریخ

دانشجوی گرامی لطفاً در قسمت های زیر چیزی ننویسید .

نظر استاد مشاور	نظر استاد درس
۱- آیا دانشجوی فوق در کلاس حضور مرتب داشته است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱- آیا دانشجوی فوق از روند تحصیلی متعادلی برخوردار است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۲- آیا در امتحانات میان ترم شرکت داشته است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۲- آیا این دانشجو قبلاً درسی (دروسی) را حذف پزشکی نموده است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۳- آیا در ارزیابی های به عمل آمده در طول نیمسال نمره قبولی اخذ نموده است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۳- آیا جنابعالی با حذف درس فوق موافقت دارید ؟ امضاء استاد مشاور - تاریخ
۴- آیا عدم حضور دانشجو در امتحان پایان ترم مورد تأیید است <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۴- آیا جنابعالی با حذف درس موافقت دارید؟ (لطفاً دلایل موافقت یا مخالفت خود را مرقوم نمائید) امضاء استاد درس - تاریخ

ریاست محترم دانشکده
با سلام ، احتراماً تقاضای دانشجو با مدارک پیوست جهت رسیدگی در کمیته منتخب دانشکده تقدیم میگردد.
امضاء رئیس گروه - تاریخ

منتخب دانشکده
نظر کمیته

مدیر محترم امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه
 رئیس محترم گروه
 با سلام ، تقاضای فوق در جلسه مورخ کمیته منتخب دانشکده مطرح شد و به دلیل
 مورد موافقت قرار گرفت نگرفت .
 مهر و امضاء رئیس دانشکده - تاریخ

تقاضای فوق در جلسه کمیته منتخب آموزشی دانشگاه مطرح و مورد موافقت قرار گرفت نگرفت
 مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی
 دانشگاه صنعتی شیراز

۱- امور رایانه اقدام لازم
 ۲- آموزش