



دانشگاه صنعتی اصفهان

بسمه تعالی

## فرم درخواست حذف پزشکی یا مجاز درس

تاریخ: .....

شماره: .....

پست: .....

دانشکده دانشجو: ..... ترم درخواست: .....

نام و نام خانوادگی: ..... شماره دانشجویی: ..... رشته تحصیلی: .....  
تعداد کل واحد گذرانده: ..... معدل کل: .....

علت حذف:

.....  
.....

تاریخ و امضاء دانشجو

درخواست دانشجو

نام و امضاء مدرس	شرکت یا عدم شرکت در امتحان میان ترم	وضعیت حضور در کلاس	نام درس	کد و گروه درس

نظر مدرس درس

از دانشکده به اداره کل آموزش:

احتراما، با حذف پزشکی  مجاز  درس ..... از ترم .....  
موافقت گردید، خواهشمنداست اقدام لازم را مبذول فرمائید. ضمنا نامبرده در گذشته دارای تعداد ..... حذف بوده‌اند.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

نظر دانشکده

تذکره ۱: جهت حذف پزشکی ارائه گواهی پزشکی که به تایید بهداری دانشگاه رسیده باشد الزامی می باشد.  
تذکره ۲: جهت حذف مجاز ارائه مدارک مبنی بر موجه بودن غیبت در امتحان پایان ترم درس به آموزش دانشکده الزامی می باشد.  
تذکره ۳: درخواست حذف فقط در صورت عدم شرکت در امتحان پایان ترم درس امکان پذیر است.  
تذکره ۴: دانشجو باید حداکثر تا دو روز پس از آخرین روز امتحان پایان ترم مدارک را به دانشکده تحویل نماید.  
تذکره ۵: درخواست حذف بیش از دو درس به کمیسیون موارد خاص دانشگاه جهت اظهار نظر ارجاع می گردد.

اطلاعات لازم