



دانشگاه صنعتی آرمینان

بسمه تعالی

فرم درخواست حذف ترم تحصیلی

تاریخ:

شماره:

پست:

ترم درخواست:

دانشکده دانشجو:

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

علت درخواست حذف ترم تحصیلی:

.....
.....
.....

تاریخ و امضاء دانشجو

درخواست دانشجو

معاون محترم آموزشی دانشکده:

احتراما، بدینوسیله نظر اینجانب در ارتباط با تقاضای دانشجو به شرح زیر می باشد:

.....
.....

نام و امضاء استاد راهنما

نظر استاد راهنما

از دانشکده به اداره کل آموزش:

احتراما، با حذف ترم تحصیلی دانشجو در ترم موافقت می شود نمی شود .
ضمنا نامبرده در گذشته دارای تعداد حذف ترم بوده است.

مهر و امضاء معاون آموزشی دانشکده

نظر دانشکده

تذکره ۱: مدارک علت حذف ترم تحصیلی به فرم ضمیمه گردد.
تذکره ۲: دانشجو باید در ترم مورد نظر درخواست، ثبت نام داشته باشد.

اطلاعات لازم