



موسسه آموزش عالی شمس گنبد

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۷/۰۹

فرم تقاضای فرصت تحصیلی

مدیر محترم آموزش

با سلام احتراماً به عرض می‌رساند اینجانب به شماره دانشجویی دانشجوی مقطع
کاردانی ○ کارشناسی ○ رشته متقاضی حذف درس به علت بیماری طبق مدارک
پیوست در نیمسال اول ○ دوم ○ تابستان ○ سال تحصیلی می‌باشم و تعهد می‌نمایم کلیه شرایط مربوط به آن را
مطالعه و دارا می‌باشم. لذا خواهشمند است اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

تاریخ و امضا دانشجو

بدین وسیله گواهی می‌شود روز استراحت پزشکی دانشجو به علت بیماری مورد تایید است.

تاریخ و مهر و امضا پزشک معتمد

آدرس: دکتر حسین بای، خیابان طالقانی شرقی - مجتمع دریا - طبقه سوم - واحد ۹ - تلفن: ۲۲۳۰۴۸۸ - ۰۱۷۲

با توجه به بررسی بعمل آمده از صورتجلسه امتحانی، نامبرده در امتحان فوق شرکت نکرده است. لذا حذف درس طبق گواهی
استراحت و تایید پزشک معتمد موسسه بلامانع است.

تاریخ و مهر و امضا مسئول امتحانات

مراتب فوق در جلسه مورخ شورای آموزشی دانشگاه مطرح و مورد تایید واقع گردید ○ واقع نگردید ○

تاریخ و مهر و امضا مدیر آموزش

مدیر آموزش، ضمن رعایت موارد قانونی، حذف درس بالا به عنوان حذف پزشکی نامبرده در سیستم ثبت گردد.

تاریخ و مهر و امضا معاون آموزش