 باسمه تعالی شماره:

*جمهوری اسلامی ایران تاریخ:*

*دانشگاه تهران . پیوست:*

**فرم ارسال مدارک بیماری دانشجو(حذف پزشکی)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رئیس محترم کمیسیون پزشکی دانشگاه**  با سلام؛ به پیوست برگ مدارک بیماری به انضمام ریزنمرات مربوط به آقای/خانم دانشجوی دوره مقطع رشته  به شماره دانشجویی: سهمیه: و به شرح زیر ارسال می گردد.  اصل گواهی بیماری(پزشکی....روان پزشکی) اصل/کپی، اسناد بستری در بیمارستان  نامه مرکز مشاوره-روان شناسی نسخه درمانی  فیلم رادیولوژی-اسکن گواهی تولد نوزاد(زایمان)  مدارک آزمایشگاه مدارک غیره(توضیح:نسخه دارویی)  به اطلاع می رساند:نامبرده مدارک مذکور و تقاضای خود به شرح زیر مربوط به نیمسال سال تحصیلی را در تاریخ به دبیرخانه تحویل داده است.  مرخصی تحصیلی حذف درس-دروس  امتحان مجدد(مربوط به دانشجوی جانباز تحت درمان و یا دانشجوی مونث که زایمان نموده است).  غیره(توضیح داده شود). | | | | |
| 1-تاریخ امتحانات و تاریخ گواهیپزشکی نامبرده بررسی شد و مطابقت دارد**.**  2- تا کنون بار از ارائه مدارک پزشکی برای حذف درس/دروس استفاده کرده است.  3- با بررسی پرونده نامبرده، تا کنون با ارائه مدارک بیماری تقاضای حذف دروس ارائه نشده است. | | | | |
| **ردیف** | **نام درس** | **تعداد واحد** | **تاریخ امتحان** | **توضیح** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

**معاون** **علمي/ آموزشی و تحصیلات تکمیلی پردیس/ دانشکده/ مرکز/ موسسه**