

فرم حذف تکررس

درخواست حذف تکررس :

اینجانب دانشجوی رشته دندانپزشکی به شماره دانشجویی

درمقطع بالینی طبق ماده 25 آیین نامه آموزشی تقاضای حذف درس

به شماره و گروه به ارزش واحد را درنیمسال اول / دوم سال تحصیلی

دارم . ضمناً تعداد واحدهای باقیمانده اینجانب پس از حذف درس فوق واحد می باشد .

تاریخ : امضاء دانشجو:

تأید استاد:

بدینوسیله گواهی می شود که دانشجوی فوق در کلاسهای درس مذکور تاکنون بیش از حد مجاز غیبت نداشته ، حذف درس نامبرده از نظر اینجانب بلامانع است .

تاریخ : امضاءاستاد :

تأید استاد مشاور :

درخواست دانشجو بررسی گردید ، مورد تأیید می باشد ☐ نمی باشد ☐

تاریخ : امضاءاستاد مشاور :

تأید اداره آموزش دانشکده :

بدینوسیله با توجه به اینکه حذف درس فوق مشکلی از لحاظ ادامه تحصیل برای دانشجوی مذکور بوجود نمی آورد و همچنین آگاهی دانشجو از عواقب احتمالی ناشی از درخواستش با حذف درس

به شماره و گروه به ارزش واحد

در نیمسال مزبور موافقت می شود ./ج

تاریخ : اداره آموزش

فرم حذف تکرار

درخواست حذف تکرار :

اینجانب دانشجوی رشته دندانپزشکی به شماره دانشجویی

در مقطع علوم پایه طبق ماده 25 آیین نامه آموزشی تقاضای حذف درس

به شماره و گروه به ارزش واحد را در نیمسال اول / دوم سال تحصیلی

دارم. ضمناً تعداد واحدهای باقیمانده اینجانب پس از حذف درس فوق واحد می باشد.

تاریخ : امضاء دانشجو:

تأیید استاد:

بدینوسیله گواهی می شود که دانشجوی فوق در کلاسهای درس مذکور تاکنون بیش از حد مجاز غیبت نداشته، حذف درس نامبرده از نظر اینجانب بلامانع است.

تاریخ : امضاء استاد:

تأیید استاد مشاور :

درخواست دانشجو بررسی گردید، مورد تأیید می باشد ☐ نمی باشد ☐

تاریخ : امضاء استاد مشاور:

تأیید اداره آموزش دانشکده :

بدینوسیله با توجه به اینکه حذف درس فوق مشکلی از لحاظ ادامه تحصیل برای دانشجوی مذکور بوجود نمی آورد و همچنین آگاهی دانشجو از عواقب احتمالی ناشی از درخواستش با حذف درس

به شماره و گروه به ارزش واحد

در نیمسال مزبور موافقت می شود. /ج

تاریخ : اداره آموزش