|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخّصات دانشجو** | | |
| **نام و نام خانوادگي:** | **شماره دانشجويی:** | **دوره:** کارشناسی🞎 کارشناسی ارشد🞎 دکتری🞎 |
| **رشته:** | **گروه آموزشی:** | **دانشکده:** |

* **توسط اداره آموزش دانشکده تکمیل شود**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **مشخصات درس یا دروسی که دانشجو در آزمون پایان ترم آن شرکت نکرده است** | | | | | | **نام درس** | **تاریخ برگزاری آزمون** |  | **نام درس** | **تاریخ برگزاری آزمون** | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  * گواهی می‌شود دانشجو در روز برگزاری آزمون درس مورد درخواست یا در بازه‌ی زمانی برگزاری آزمون دروس فوق در آزمون درس دیگری شرکت ننموده است.   **مهر و امضای رئیس اداره آموزش دانشکده** |

* **توسط پزشک معتمد دانشگاه تکمیل شود**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **مدارک و مستندات پزشکی ارائه شده توسط دانشجو** | | | | | **گواهی استراحت 🞏** | **مدارک اورژانس بیمارستان 🞏** | **مدارک بستری بیمارستان 🞏** | **مراجعه مستقیم به درمانگاه دانشگاه 🞎** |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **محل صدور مدارک پزشکی** | |  | **تاریخ مراجعه به درمانگاه دانشگاه** | **وجود علائم ابتلا به بیماری یا مصدومیت در زمان مراجعه** | | | **استان:** ............................ | **شهر:** ................................ | ......................................... | **وجود علائم بالینی 🞎** | **عدم وجود علائم بالینی 🞎** |   نظر تخصصی:  🞎 بر اساس مدارک و مستندات پزشکی و علائم بالینی، ایشان از تاریخ ................................. تا تاریخ ................................... قادر به شرکت در جلسه‌ی آزمون نبوده است.  🞎 با توجه به نبود مدارک متقن پزشکی و فقدان علائم بالینی در زمان مراجعه، نیاز به استراحت پزشکی در بازه زمانی مورد درخواست، مورد تأیید نیست.  **مهر و امضای پزشک معتمد دانشگاه** |

* **نظر شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**

|  |  |
| --- | --- |
| درخواست دانشجو در جلسه مورخ ....................................... شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه مطرح و مورد موافقت 🞎 مخالفت🞎 قرار گرفت. | |
| **معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده** | **مدیر کل آموزشی دانشگاه / مدیر کل تحصیلات تکمیلی دانشگاه** |