



فرم درخواست پزشکی دانشجویان دانشکده فنی و حرفه ای امیرکبیر

(حذف پزشکی درس، حذف پزشکی ترم)

مشخصات دانشجو (این کادر توسط دانشجو تکمیل شود)	
نام و نام خانوادگی دانشجو:	شماره دانشجویی:
مقطع:	روزانه / شبانه
تعداد واحد های گذرانده:	تعداد ترم های مشروطی:
سنوات تحصیلی:	تعداد واحد باقیمانده:
آیا تا به حال از حذف پزشکی استفاده کرده اید؟	
چند بار؟	
رشته:	
تعداد کل واحدهای اخذ شده:	
معدل کل:	
درخواست دانشجو (این کادر توسط دانشجو تکمیل گردد)	
نوع درخواست:	
☐	حذف درس با غیبت امتحانی
نام درس:	
گروه درسی:	
تعداد واحد:	
نوع درس: (تئوری، عملی، تئوری - عملی)	
تاریخ امتحان	
حذف ترم: شماره نیمسال	
شماره تماس:	
تاریخ درخواست:	
امضاء دانشجو:	
پزشک محترم دانشگاه (این کادر توسط اداره آموزش دانشکده تکمیل شود)	
احتراماً درخواست	
دانشجو	
جهت اقدام مقتضی ارسال می شود.	
تاریخ:	
مهر و امضاء	
مدارک پزشکی (این کادر توسط پزشک معتمد دانشکده تکمیل شود)	
نوع گواهی:	
☐	گواهی پزشکی عمومی
☐	گواهی پزشکی متخصص
☐	کپی پروند بستری در بیمارستان
مستندات گواهی:	
☐	گزارش از مایشگاه
☐	گزارش رادیولوژی، سونوگرافی، اسکن و ...
☐	نسخه دارویی:
☐	سایر
نظر پزشک معتمد:	
تاریخ:	
مهر و امضاء:	
رای کمیته آموزش:	
تاریخ:	
مهر و امضاء:	

توجه: این فرم به همراه کپی کارنامه کلی و اصل مدارک پزشکی باید به اداره خدمات آموزشی دانشکده و سپس پزشک معتمد دانشگاه ارائه شود. قابل ذکر است کپی و فاکس گواهی پزشکی و جاهت قانونی ندارد و قابل رسیدگی نمی باشد مگر این که برابر با اصل شده باشد. در مورد درخواست حذف پزشکی درس، درخواست باید حداکثر سه روز بعد از تاریخ امتحان ارائه شود.