

## فرم درخواست حذف پزشکی

اداره آموزش پردیس فارابی

با سلام؛

اینجانب با مشخصات ذیل:

نام و نام خانوادگی	مقطع	دوره	شماره دانشجویی	رشته

بدلیل بیماری، و با توجه به مدارک پیوست درخواست حذف زیر را در نیمسال ..... سال تحصیلی..... دارم.

ردیف	نام درس	شماره درس	تاریخ امتحان	ساعت امتحان
۱				
۲				
۲				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

مدارک پیوست:

- ۴
-۱
- ۵
-۲
- ۶
-۳

صحت اطلاعات ارائه شده تعهد می شود.

\*ارائه درخواست مبنی بر حذف به همراه مستندات حداکثر ۷۲ ساعت بعد از تاریخ امتحان به آموزش پردیس فارابی الزامی است.

امضاء دانشجو:

تاریخ: ...../...../.....

شماره تماس: -----