

**فرم تقاضای حذف پزشکی**

تاریخ: ...........................

شماره: ..........................

پیوست: ........................

موسسه آموزش عالی مجازی نور طوبی

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

**تذکر:**

1-دروس عملی و آزمایشگاهی قابلیت حذف پزشکی ندارند.

2-تحویل این فرم می‌باید حداکثر 72 ساعت پس از تاریخ آزمون انجام گردد.

3-گواهی پزشکی معتبر حداقل پزشک متخصص به ضمیمه این فرم الزامی است.

4- این برگه بدون ثبت در دبیرخانه و دریافت کد رهگیری فاقد اعتبار می‌باشد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **معاونت محترم موسسه آموزش عالی مجازی نورطوبی**  با سلام، احتراماً؛ اینجانب ......................................... دارای شماره شناسنامه .................................... دانشجوی رشته............................. مقطع ........................ به شماره دانشجویی ........................................ تقاضای حذف درس ................................ به ارزش .................. واحد را که با استاد .................................... ارائه می‌شود در نیمسال اول🞎 دوم🞎 تابستان🞎 سال تحصیلی .................. را دارم و تعهد می‌نمایم که شرایط مربوط به حذف پزشکی را مطالعه کرده و دارا می‌باشم. لذا خواهشمند است با توجه به وضعیت تحصیلی اینجانب اقدامات لازم را مبذول فرمایید.  نام و نام خانوادگی:  تاریخ:  امضا: | | | |
| تعداد واحدهای گذرانده شده تاکنون: ............ | تعداد واحدهای انتخابی نیمسال جاری: ............... | تعداد مشروطی در نیمسال‌های قبل: ............. | |
| اعلام نظر کمسیون پزشکی:  نام و نام خانوادگی:  تاریخ:  امضا: | | | کمیسیون پزشکی |