



فرم کمیسیون پزشکی

اینجانب دانشجوی رشته _____ مقطع _____ به شماره دانشجویی _____ که تا پایان نیمسال اول / دوم تحصیلی تعداد واحد _____ را با میانگین کل _____ گذرانده ام، تقاضای حذف نیمسال اول / دوم سال تحصیلی _____ / حذف _____ واحد به شرح ذیل را دارم:

ردیف	مشخصه	نام درس	نام استاد	تعداد واحد	تاریخ امتحان	نیمسال تحصیلی

امضاء دانشجو

از: مؤسسه آموزش عالی کادوس

به: پزشک معتمد مؤسسه

با سلام

به پیوست برگ شامل:

۱- گواهی پزشکی مبنی بر ضرورت استراحت

۲- نسخه دارویی

۳- گواهی آزمایشات پزشکی (حسب مورد)

۴- گواهی بستری شدن در بیمارستان (حسب مورد)

۵- شناسنامه یا گواهی تولد نوزاد (حسب مورد)

مربوط به دانشجویی فوق که تا کنون واحد درسی گذرانده و دوران تحصیل نیمسال از حذف پزشکی استفاده نموده است، ارسال می گردد. به اطلاع می رساند که نامبرده به یکی از دلایل مذکور تقاضای حذف واحد یا حذف نیمسال به شرح فوق را دارد. خواهشمند است مقرر فرمائید مراتب بررسی و نتیجه را به این مؤسسه آموزشی اعلام نمایند.

مدیر امور آموزشی مؤسسه

ارائه اصل گواهی پزشکی و نسخه دارویی و آزمایشات الزامی است. تاریخ صدور مدارک نباید از یک ماه بیشتر گذشته باشد. مدارک مربوط به بیماریهای سرپایی و سبک بجز در موارد خاص مورد پذیرش کمیسیون پزشکی نمی باشد. در مورد بیماریهای مزمن و روانپزشکی خلاصه پرونده و آخرین نظریه صریح پزشک معالج ضروری است.

از پزشک معتمد مؤسسه:

سلام علیکم:

احتراماً با عنایت به بررسی های بعمل آمده و نظر به اینکه مدارک پزشکی نامبرده مورد عدم تأیید تأیید قرار گرفته است، با حذف واحد حذف ترم نامبرده مخالفت موافقت می شود.

مهر و امضاء پزشک معتمد مؤسسه

چنانچه دانشجویی به دلیل بیماری قادر به حضور در جلسات امتحان نباشد و تقاضای حذف پزشکی درس یا ترم را داشته باشد، می بایست در فرم پیوست حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت پس از وقوع بیماری، گواهی و مدارک پزشکی لازم را توسط بیمارستانها و درمانگاههای دولتی مورد تأیید مراکز آموزشی تکمیل و ارائه نماید و لازم به ذکر است در صورت حضور دانشجو در جلسه امتحان، حذف پزشکی درس امکان پذیر نمی باشد.