

شماره:
تاریخ:
پیوست:



درخواست حذف درس و موجه کردن غیبت

رئیس محترم شورای آموزشی مرکز آموزش علمی کاربردی موسسه فرهنگی هنری پیشرو پژوهان (واحد ۳۳)

اینجانب

دانشجوی رشته و مقطع

ورودی سال تحصیلی

به شماره دانشجویی

و شماره ملی

درخواست حذف درس مذکور در شرح ذیل را داشته و لذا خواهشمند است با عنایت به عدم امکان حضور در جلسه آزمون پایانی درس و موجه بودن غیبت های کلاسی و یا عدم امکان گذراندن با موفقیت آن درس در ترم جاری و با توجه به موجه بودن دلایل حذف درس فایل های پیوست، نسبت به حذف درس و ثبت غیبت موجه دروس زیر اقدامات لازم را مبذول فرمائید.

همچنین با توجه به عدم بازگردان وضعیت نمره درس به حالت نمره گزارش نشده و عدم امکان شرکت در امتحانات پایان ترم در خواست حذف دروس زیر مورد تایید می باشد.

ر	نام درس	کد درس	گروه درس	تعداد واحد	تایید درخواست حذف
۱					<input type="checkbox"/>
۲					<input type="checkbox"/>
۳					<input type="checkbox"/>
۴					<input type="checkbox"/>
۵					<input type="checkbox"/>
۶					<input type="checkbox"/>
۷					<input type="checkbox"/>
۸					<input type="checkbox"/>
۹					<input type="checkbox"/>
۱۰					<input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ:

شماره:
تاریخ:
پیوست:



اظهار نظر گروه آموزشی در خصوص درخواست حذف درس (دروس) و موجه کردن غیبت آزمون دانشجو

با توجه به بررسی مدارک و مستندات آموزشی دانشجو، درخصوص درخواست حذف درس (دروس) و موجه کردن غیبت آزمون دروس زیر:

ر	نام درس	کد درس	گروه درس	موافقت با حذف	مخالفت با حذف
۱				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

شورای آموزشی مرکز مطرح و با توجه به قوانین آموزشی، حذف

مورخ

موضوع در جلسه شماره

اضطراری درس دانشجو مورد بررسی قرار گرفت.

امضاء:	تاریخ:	نام و نام خانوادگی رئیس مرکز:
امضاء:	تاریخ:	نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی:
امضاء:	تاریخ:	نام و نام خانوادگی کارشناس مرکز: