



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی کاشان  
دانشکده دندانپزشکی

بسمه تعالی

## فرم تقاضای ترک تمصیل دائم دانشجو

### معاون محترم آموزشی دانشکده دندانپزشکی

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از .....  
متولد ..... دانشجوی رشته دندانپزشکی ورودی ..... به شماره دانشجویی ..... نیمسال .....  
سالتحصیلی ..... با آگاهی کامل از مقررات مربوط به انصراف از تحصیل بشرح زیر ، تقاضای ترک  
تحصیل دائم و صدور حکم قطعی انصراف از تحصیل را دارم.

دانشجویی که تمایل به انصراف از تحصیل داشته باشد باید درخواست انصراف خود را شخصا" به اداره  
آموزش دانشگاه یا دانشکده تسلیم نماید. این دانشجو مجاز است فقط برای یکبار حداکثر تا یکماه قبل  
از پایان همان نیمسال تقاضای انصراف خود را پس بگیرد. پس از انقضای این مهلت حکم انصراف از  
تحصیل وی صادر می شود و پس از آن حق ادامه تحصیل در آن رشته را ندارد.  
تبصره: دانشجوی منصرف از تحصیل چنانچه بخواهد مدارک تحصیلی خود را دریافت نماید موظف است  
به کلیه تعهدات قانونی دوران تحصیل خود عمل نماید.

امضاء دانشجو

تاریخ تقاضا

--	--	--

روز      ماه      سال

\*\*\*\*\*

.....تاریخ

.....شماره

**مدیر محترم اداره کل آموزش دانشگاه**

باسلام واحترام

درخواست انصراف نامبرده در جلسه شورای آموزشی دانشکده مورخ ..... مطرح وموافقت گردید.

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی