

بسمه تعالی

فرم تقاضای ترک تحصیل دائم دانشجوی

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.

با استناد به مصوبه معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به شرح زیر :

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، آن نیمسال به عنوان مرخصی برای وی محسوب
شده 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(تکمیل فرم تسویه حساب و پرداخت هزینه آموزش)

تاریخ (تقاضا) و امضاء دانشجو

مدیر محترم اداره کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با سلام و احترام

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

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی

آدرس : کاشان - بلوار قطب راوندی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان - دانشکده دندانپزشکی - کد پستی : ۸۷۱۵۹۷۳۴۷۴

تلفن : ۵۵۵۸۹۱۸۸-۵۵۱۰۲۲۲۵-نمابر

Website : www.dnt.kaums.ac.ir

Email: dnt@kaums.ac.ir