

باسمه تعالی

**فرم تقاضای ترک تحصیل دائم دانشجو**

**معاون محترم آموزشی دانشکده**

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

**ماده 42 : دانشجویی که تمایل به انصراف از تحصیل داشته باشد باید درخواست انصراف خود را شخصاً 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 .**

**تاریخ تقاضا امضاء دانشجو**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **روز** | **ماه** | **سال** |
|  |  |  |

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**وضعیت آموزشی دانشجو بررسی شد و با درخواست نامبرده موافقت می شود موافقت نمی شود**

**تاریخ و امضاء استاد مشاور**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**مدیر محترم اداره کل آموزش دانشگاه**

**با سلام و احترام**

**درخواست انصراف از تحصیل دانشجو در جلسه شورای آموزشی دانشکده شماره ..................... مورخ............. مطرح شد و با درخواست نامبرده موافقت می شود موافقت نمی شود**

**معاون آموزشی دانشکده**

**آدرس: كاشان – بلوار قطب راوندي – دانشگاه علوم پزشكي كاشان-كدپستي 81151- 87159 تلفن 5578010- 0361دور نگار: 5578011**