**معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشکده**

**با سلام و احترام**

بدین‌وسیله اینجانب .......................................................... دانشجوي کارشناسی ارشد□/دکتري□ رشته ..................................................... دوره روزانه🗌/نوبت دوم🗌/مجازی🗌 به شماره دانشجويي ................................................ با توجه به شرایط ذیل در خواست حذف ترم نیمسال ................ سال تحصیلی.................... را دارم و متعهد می‌شوم در نیمسال مذکور هیچ گونه فعالیت آموزشی نداشته‌ام.

1. تعداد واحد گذرانده تاکنون: 🗌 تایید کارشناس
2. تاریخ آزمون زبان (ویژه دانشجویان دکتری): 🗌 تایید کارشناس
3. تاریخ آزمون جامع (ویژه دانشجویان دکتری): 🗌 تایید کارشناس
4. تاریخ تصویب موضوع پایان نامه/ رساله: 🗌 تایید کارشناس
5. تاریخ تصویب طرح پایان نامه/طرح رساله: 🗌 تایید کارشناس
6. تاریخ دفاع از طرح رساله(ویژه دانشجویان دکتری): 🗌 تایید کارشناس

در ضمن در صورت هر گونه مغایرت در خصوص درج اطلاعات فوق بر عهده اینجانب بوده و هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

**\*مخصوص دانشجویان ذکور: متعهد می‌شوم پایان معافیت تحصیلی اینجانب تا تاریخ 30/11/1400 می باشد.**

نام مدیر گروه: تاریخ: امضاء:

تاریخ در خواست: امضاء دانشجو:

نام کارشناس آموزش و تحصیلات تکمیلی:

نظر کارشناس تحصیلات تکمیلی:

تاریخ و امضاء:

نظر کمسیون موارد خاص دانشکده:

تاریخ کمسیون موارد خاص دانشکده:

امضاء رئیس اداره آموزش: امضاء معاونت آموزش و تحصیلات تکمیلی:

 آتوسا محمدی دکتر مرضیه عالی