 ***بسمه تعالي تاريخ تقاضا :***

***دانشگاه علوم پزشكي اردبيل - دانشكده پزشكي***

ریاست محترم اداره آموزش دانشکده پزشکی

***سلام عليكم احتراما"، بدينوسيله اینجانب ....................................... دانشجوی رشته ............................ ورودی ........... 13 بشماره دانشجوئی ........................... با عنایت به اینکه زمان برگزاری امتحان درس ......................... در دانشکده ................... ( که در روز ............... مورخ ................... ساعت ................. برگزار میشود ) با زمان برگزاری امتحان درس ......................... در دانشکده .................... تداخل برنامه زمان امتحانی دارد، تقاضا دارم هماهنگیها و اقدامات لازم نسبت به ارائه سوالات درس ................................ در جلسه امتحانی درس ................................ به اینجانب بعمل آيد.***

* **لا*ز*م به توضیح است با عنایت به اینکه بنده تمامی جوانب مربوط به برگزاری امتحانات فوق الذکر را قبلاً مورد برسی قرار داده ام ، تعهد مینماییم که تمامی تبعات ناشی از آن برعهده اینجانب خواهد بود.**

***تاريخ .................................... امضاء***

***محل درج اسامی دانشجویان در صورت بیش از یکنفر بودن و داشتن شرایط یکسان***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | شماره دانشجوئی | امضاء | نام و نام خانوادگی | شماره دانشجوئی | امضاء |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***بسمه تعالي***

* دبیرخانه
* مدیریت محترم امور عمومی دانشکده جهت استحضار و صدور دستورات لازم
* مسئول محترم خدمات اداری دانشکده جهت استحضار و صدور دستورات لازم
* مسئول محترم آموزش ................................... جهت اقدام طبق درخواست دانشجو
* جناب آقای دکتر آرمون جهت استحضار و اقدام طبق درخواست دانشجو
* مسئول محترم واحد امتحانات دانشکده جهت اقدام طبق درخواست دانشجو
* مسئول محترم نقلیه دانشکده جهت استحضار و صدور دستورات لازم
* مسئول محترم آموزش دانشکده ................................ جهت استحضار و صدور دستورات لازم

***مهر و امضاء رئیس اداره آموزش***