

برگ درخواست ارجاع پرونده به کمیسیون بررسی موارد خاص

دانشجویان تحصیلات تکمیلی

۱- مشخصات دانشجویی:

- نام و نام خانوادگی: - نام پدر: - شماره شناسنامه:
- تاریخ و محل تولد: - رشته تحصیلی و گرایش آن: - شیوه:
- مقطع تحصیلی دانشجو: - دوره: - سال و ماه ورودی به دانشگاه: - سهمیه ورودی دانشجو: - نحوه ورود به دانشگاه:
- نوع رشته کارشناسی: - تاریخ اخذ کارشناسی: - معدل دوره کارشناسی: - نوع رشته کارشناسی ارشد: - تاریخ اخذ کارشناسی ارشد: - معدل دوره کارشناسی ارشد:

از نیمسال سال تحصیلی..... به دانشگاه گیلان انتقال یافته ام

از نیمسال سال تحصیلی..... از به..... تغییر گرایش داده ام.

آدرس دانشجو:

۲- علت درخواست جهت ارجاع پرونده به کمیسیون بررسی موارد خاص:

۳- وضعیت آموزشی دانشجو به تفکیک هر نیمسال به ترتیب از بدو ورود به دانشگاه تاکنون:

| زمان نیمسال | سال تحصیلی | تعداد واحدهای انتخابی | تعداد واحدهای گذرانده | میانگین نیمسال |
|-------------|------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

تعداد کل واحدهای اخذ شده: - تعداد کل واحدهای (موثر): - معدل کل:

تعداد واحدهای باقیمانده برای فراغت از تحصیل:

سنوات تحصیلی باقیمانده (کل سنوات تحصیلی برای دانشجویان ارشد ۴ نیمسال و دانشجویان دکتری ۹ نیمسال می باشد):

وضعیت فعلی دانشجو: در حال ادامه تحصیل غایب مرخصی تحصیلی معرفی به نظام وظیفه

منصرف دائم از تحصیل اخراج آموزشی دریافت مدرک تحصیلی سایر موارد (با ذکر مورد).....

- حکم جلوگیری از ادامه تحصیل اینجانب از سوی آموزش دانشگاه طی شماره مورخ..... صادر گردیده است.

- حکم انصراف اینجانب از سوی آموزش دانشگاه طی شماره مورخ..... صادر گردیده است.

- در صورت داشتن معدل مشروطی، تعداد سنوات مشروطی و تعداد اخطار یا اخطارهای صادر شده را با ذکر شماره و یا تاریخ قید فرمایید.

۴- دلایل مبنی بر خاص بودن وضعیت دانشجو:

الف - ایثارگری:

مدت حضور داوطلبانه درجه به ماه با تایید بالاترین مقام در سپاه پاسداران درصد جانبازی مورد تایید بنیاد جانبازان

مدت اسارت مورد تایید ستاد آزادگان به ماه فرزند شهید با تایید بنیاد شهید

خانواده شهید به تایید بنیاد شهید با ذکر نسبت

ب- بیماری روحی و روانی به همراه مدرک پزشکی و با تایید کمیسیون پزشکی یا پزشک معتمد دانشگاه

ج- بیماری جسمی به همراه مدارک پزشکی با تایید کمیسیون پزشکی یا پزشک معتمد دانشگاه

د- مشکلات خانوادگی که بعد از قبولی در دانشگاه حادث شده است با ذکر تاریخ دقیق و مدت

چنانچه در دوران تحصیل بدون رعایت مقررات آموزشی ادامه تحصیل داده اید دلایل آن را توضیح دهید:

.....
.....

- چنانچه سابقه قبلی در شورای آموزشی دانشگاه دارید تعداد دفعات، تاریخ جلسه یا جلسات و رای مربوطه را ذکر نمایید.

- چنانچه سابقه قبلی در کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه دارید تاریخ و رای مربوطه را ذکر نمایید.

- چنانچه سابقه قبلی در کمیسیون بررسی موارد خاص مرکز دارید تاریخ و رای مربوطه را ذکر نمایید.

۵) وضعیت نظام وظیفه:

الف) طی نامه شماره..... مورخ..... مراتب جلوگیری از تحصیل اینجانب به اطلاع حوزه نظام وظیفه رسانده شده و حکم معافیت

از تحصیل ابطال گردیده است.

ب) دارای کارت پایان خدمت معافیت پزشکی معافیت کفالت می باشم.

ج) کارمند رسمی اداره می باشم و از معافیت مربوطه استفاده می نمایم.

د) از معافیت تحصیلی استفاده می کنم.

۶) عذر دانشجو در بروز مشکل آموزشی مذکور عبارت است از:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

تذکر: (لازم است مدارک مستند در ارتباط با مواردی که ذکر می گردد پیوست گردد. همچنین ارائه کارنامه تحصیلی الزامی است.)

نام و نام خانوادگی امضاء تاریخ:

| | |
|--|---------------------------|
| نظر کارشناس آموزش دانشکده در مورد اطلاعات آموزشی دانشجو: | |
| <input type="checkbox"/> اطلاعات تکمیل شده مورد تایید است توضیحات تکمیلی: | |
| نام و نام خانوادگی | امضاء و مهر آموزش دانشکده |
| نظر کارشناس امور مشمولین (آقایان) در خصوص وضعیت دانشجو: | |
| <input type="checkbox"/> بررسی پرونده در کمیسیون موارد خاص بلامانع است توضیحات تکمیلی: | |
| نام و نام خانوادگی | امضاء و مهر |
| نظر کارشناس کمیته انضباطی در خصوص وضعیت دانشجو: | |
| <input type="checkbox"/> سابقه طرح در کمیته انضباطی دارد <input type="checkbox"/> ندارد توضیحات تکمیلی: | |
| <input type="checkbox"/> بررسی پرونده در کمیسیون موارد خاص بلامانع است | |
| نام و نام خانوادگی | امضاء و مهر |

۷- اظهار نظر استاد راهنما

نظر استاد راهنما در مورد وضعیت تحصیلی دانشجو:

ضمناً طی بررسی های انجام شده علت افت تحصیلی مشروحاً به شرح ذیل می باشد:

۱- بیماری:

۲- ضعف علمی:

۳- غیره:

پیشنهاد می شود:

دانشجوی تحت درمان قرار گیرد

دانشجو آمادگی لازم با توجه به بنیه علمی ندارد.

دانشجو می تواند در رشته خود ادامه تحصیل دهد.

امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

۸- اظهار نظر گروه:

الف- در خصوص وضعیت دانشجویان دو ترم مشروطی:

- نیمسال اول/ دوم با معدل

- نیمسال اول/ دوم..... با معدل

- نیمسال های و با معدل به صورت تجمعی مشروط شده است.

ضمناً معدل کل دانشجو با اخذ حداقل واحد درسی با کسب حداقل معدل به بالای ۱۴ خواهد رسید.

ب- سایر موارد دانشجویی:

امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

۹- اظهار نظر دانشکده:

نظر دانشکده در خصوص درخواست دانشجو:

امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی معاون آموزشی/ مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده:

۱۰- فرم اظهار نظر مرکز مشاوره / درمان دانشگاه درمورد دانشجو (در صورت داشتن مدارک پزشکی)

نام و نام خانوادگی:..... رشته..... ورودی..... شماره دانشجویی.....

اظهار نظر ریاست محترم مرکز مشاوره / درمان دانشگاه:

امضا، و مهر

نام و نام خانوادگی: