|  |
| --- |
| **فرم درخواست انتقال** |
| جمهوري اسلامي ايران تاريخ :    وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي شماره :    دانشگاه علوم پزشكي شهركرد    **فرم درخواست انتقال**    **اينجانب .................... فرزند محمد شماره شناسنامه ................. صادره از لنجان متولد شهرستان ................. تاريخ تولد ................... دانشجوی رشته کارشناسی .................. اين دانشگاه كه در آزمون سراسري سال ................ پذيرفته شده ام و تاكنون ۶۰ واحد را با ميانگين كل ۱۶ در مدت ۳ ترم تحصيلي گذرانده ام ، به دلايل زير تقاضاي انتقال به دانشگاه علوم پزشكی اصفهان را دارم .  ۱ . ...........................  ۲ . ...............  ۳ . ..............  ۴ . ..............**  محل امضاء دانشجو      **انتقال دانشجو با مشخصات فوق با توجه به دلايل و مدارك ارائه شده از نظر اين دانشكده بلامانع است .**   مهر و امضاء آموزش دانشكده  دانشگاه علوم پزشكي .............   **انتقال دانشجو با مشخصات فوق مورد موافقت اين دانشگاه مي باشد خواهشمند است چنانچه آن دانشگاه با انتقال دائم نامبرده موافقت دارد نظريه را جهت انجام اقدامات بعدي به اين دانشگاه اعلام نمايند. / ع**  مهر و امضاء اداره كل آموزش دانشگاه    يادآوري : هرگونه عواقب ناشي از انتقال بعهده دانشجو خواهد بود .   بسمه تعالی  جمهوري اسلامي ايران  وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي  دانشگاه علوم پزشكي شهركرد   درخواست انتقال توام با تغییر رشته   معاون محترم آموزشی دانشکده  **احتراماً اینجانب ……….. دانشجوی رشته ............... مقطع ............... دوره : ............. به شماره دانشجویی ................ ورودی نیمسال .......... سال تحصیلی .......... سهمیه قبولی ............. که تاکنون تعداد ......... واحد درسی را با میانگین کل \_\_ گذرانده ام متقاضی تغییر رشته به رشته ............ دانشگاه علوم پزشکی گ............ می باشم .**  امضاء تاریخ : ............   نظریه معاون آموزشی دانشکده بهداشت  **تغییر رشته ........................دانشجوی ........................ بر اساس ضوابط مربوطه ازنظردانشکده بلامانع است .** مهر و امضاء معاون آموزشی   نظریه اداره خدمات آموزشی  **با توجه به عدم منع قانونی جهت ادامه تحصیل ( از نظر آموزشی و انضباطی ) تغییر رشته نامبرده بلامانع است .**  مهر و امضاء مسئول اداره   امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد  سلام علیکم  **احتراماً با توجه به موارد فوق خواهشمند است دستور فرمائید در خصوص انتقال توام با ............................................دانشگاه به رشته ................. آن دانشگاه از نیمسال ......... سال تحصیلی ............ اظهار نظر و نتیجه جهت اقدام بعدی به این دانشگاه اعلام گردد ۰/**  مدیرکل امور آموزشی دانشگاه  تذكرات :  **۱ . ادامه تحصیل متقاضی در رشته قبلی از نظر مقررات آموزشی بلامانع باشد .  ۲ . حداقل ۶/۱ و حداکثر ۳/۲ واحدهای دوره را گذرانده باشد .  ۳ . نمره آزمون ورودی متقاضی از نمره آزمون پائین ترین فرد پذیرفته شده در سهمیه و رشته مورد تقاضا در همان سال کمتر نباشد .  ۴ . با توجه به حداکثر مدت مجاز تحصیل ، امکان گذراندن واحدهای درسی مورد نیاز در رشته جدید را داشته باشد . ۵ . تغییر رشته دانشجویانی که به دستگاههای اجرایی خاص تعهد دارند ، بارعایت کلیه شرایط این ماده و اعلام موافقت دستگاه اجرایی ذیربط امکان پذیر است .  ۶ . دانشجو در هر یک از مقاطع تحصیلی ، تنها یکبار می تواند تغییر رشته دهد .**   تعهد نامه دانشجو  **اینجانب ........... دانشجوی رشته ............. با اطلاع کامل از ضوابط مربوطه و شرایط فوق متقاضی انتقال توام با تغییر رشته می باشم و ضمناً کلیه عواقب ناشی از انتقال توام با تغییر رشته بعهده اینجانب خواهد بود . /**   امضاء |