

بسمه تعالی

## فرم تقاضای ترک تحصیل دائم دانشجو

معاون محترم آموزشی دانشکده دندانپزشکی

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

دانشجویی که تمایل به انصراف از تحصیل داشته باشد باید درخواست انصراف خود را شخصا" 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.

تبره: دانشجوی منصرف از تحصیل چنانچه بخواهد مدارک تحصیلی خود را دریافت نماید موظف است به کلیه تعهدات قانونی دوران تحصیل خود عمل نماید.

امضاء دانشجو

تاریخ تقاضا

--	--	--

روز ماه سال

\*\*\*\*\*

تاریخ.....

شماره.....

مدیر ممتزم اداره کل آموزش دانشگاه

باسلام واحترام

درخواست انصراف نامبرده در جلسه شورای آموزشی دانشکده مورخ ..... مطرح وموافقت گردید.

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی