



فرم تقاضای انصراف دائم از تحصیل

اینجانب نام: نام خانوادگی..... فرزند..... شماره شناسنامه..... صادره از..... دانشجوی ترم..... دوره کارشناسی/کاردانی رشته..... دانشکده علوم پزشکی اسدآباد که تاکنون در..... واحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل از مقررات مربوط، تقاضای انصراف دائم از تحصیل را دارم.

مشمول پرداخت خسارت: بلی خیر

امضاء و اثر انگشت دانشجو: تاریخ:

تاریخ دقیق انصراف	تعداد واحد انتخابی		تعداد نیمسال تحصیلی	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	تاریخ شروع به تحصیل	تاریخ دقیق ثبت نام	سال ورود به دانشگاه
	نظری	عملی و تخصصی						

امضاء مدیر گروه رشته:

امضاء مدیر آموزش:

امضاء معاون آموزشی: