



تاریخ:

شماره:

((فرم تداخلی دروس))

معاونت محترم دانشکده

با سلام و احترام به استحضار می‌رساند، اینجانب دانشجوی رشته ی دوره روزانه ○ شهریه پرداز ○ تعهد خدمت ○ پذیرفته شده نیمسال سال تحصیلی به شماره دانشجویی درخواست همکاری به دلیل تداخل دروس مطابق جدول ذیل را دارم.

امضاء دانشجو:

شماره تماس دانشجو:

درس تداخلی					درس جدید				
نام درس	تعداد واحد	نام استاد	زمان کلاس	تاریخ آزمون	نام درس	تعداد واحد	نام استاد	زمان کلاس	تاریخ آزمون

استاد گرامی جناب آقای / سرکار خانم

با سلام و احترام، نظرات خود را در خصوص شرایط حضور دانشجو در کلاس درس مبذول فرمایید.

معاون آموزشی دانشکده

معاونت محترم آموزشی دانشکده

نظر استاد:

امضاء استاد

مسئول محترم آموزشی دانشکده:

با توجه به نظر استاد مربوطه اقدامات و مکاتبات لازم انجام گردد.

معاون آموزشی دانشکده

❖ در صورت بروز تداخل در زمان آزمون تمام مسئولیت با شخص دانشجو خواهد بود.

❖ حداکثر تعداد تداخلی در هر ترم یک درس می باشد. در موارد استثناء شورای دانشکده تصمیم گیری خواهد کرد.

❖ تهیه این فرم در ۲ نسخه جهت ارائه به استاد و آموزش دانشکده الزامی می باشد.