

فرم تقاضای انصراف از تحصیل

آموزش محترم دانشکده.....

اینجانب فرزند..... به شماره شناسنامه صادره از..... دانشجوی دوره کارشناسی ارشد/دکتری رشته..... به شماره دانشجویی دوره این دانشگاه که تاکنون واحد درسی را با موفقیت گذرانیده‌ام با آگاهی کامل از مقررات مربوط به انصراف از تحصیل تقاضای انصراف دائم از تحصیل را دارم.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

تاریخ و امضاء: (درج تاریخ درخواست انصراف الزامی است)

(توجه: در صورتی که دانشجو انتخاب واحد نداشته باشد از طریق سیستم آموزشی گلستان اقدام به تسویه حساب با دانشگاه نماید.)

نام و نام خانوادگی مدرس	توضیحات مدرس مربوطه درباره حضور دانشجو در جلسات درس	تاریخ و امضاء مدرس	دروس انتخابی این نیمسال
نام و نام خانوادگی رئیس دانشکده: تاریخ، امضاء و مهر دانشکده:			تأیید رئیس دانشکده برای عدم حضور دانشجو در جلسات درس

(تأیید تسویه حساب با تمامی بخش‌های ذیل الزامی است)

ردیف	واحد تسویه حساب کننده	محل امضاء مسئول	ردیف	واحد تسویه حساب کننده	محل امضاء مسئول
۱	مدیر گروه دانشکده		۶	امور دانشجویی	
۲	آموزش دانشکده		۷	امور مالی	
۳	کتابخانه مرکزی		۸	جمع‌داری اموال	
۴	دفتر نهاد (مقام معظم رهبری)		۹	مرکز کامپیوتر	
۵	اتوماسیون تغذیه				
مدت بهره‌مندی از خدمات آموزشی رایگان.....					
کارت دانشجویی عودت گردیده است <input type="checkbox"/>					
اقدامات انجام شده: ۱- صدور حکم انصراف قطعی از تحصیل <input type="checkbox"/> تاریخ ثبت حکم انصراف از تحصیل دانشجو					
۲- ابطال نظام وظیفه دانشجویان مشمول <input type="checkbox"/>					
آخرین آدرس دانشجو و شماره تلفن ثابت و همراه:					