*بسمه تعالي*

***محل الصاق***

***عكس***

 *تاريخ :*

*دانشگاه علوم پزشكي اردبيل شماره:*

 *دانشكده دندانپزشكي پيوست :*

*(( انتقال موقت – مهماني ))*

*رياست محترم دانشكده دندانپزشکی*

*با عرض سلام ، احتراما اينجانب دانشجوي رشته دندانپزشکی مقطع ترم دوره روزانه بشماره دانشجوی كه تاكنون واحد درسي را با معدل گذرانده ام ، خواهان گذراندن واحدهاي زير در دانشگاه بصورت مهمان هستم.*

 *ضمنا متعهد ميشوم :*

*1 – هرگونه اشكال آموزشي و عواقب ناشي از مهمان شدن را بپذيرم.*

*2 – مسئوليت پيگيري نمرات واحدهاي گذرانده شده در دانشگاه مقصد و ارائه آن به آموزش دانشكده به عهده اينجانب ميباشد.*

*3 – در صورت عدم رعايت پيش نياز دروس ، واحدهاي گذرانده شده مورد پذيرش نخواهد بود.*

*4 – در صورت عدم موافقت با مهماني بنده يا مشخص نشدن وضعيت پذيرش مهماني در دانشگاه مقصد موظف خواهم بود در اسرع وقت وبرابر تقويم دانشگاهي ، دانشگاه علوم پزشكي اردبيل جهت انتخاب واحد به دانشگاه مبدا مراجعه نمايم. در غير اينصورت دانشجوي منصرف از تحصيل تلقي شده ودانشگاه مبدا برابر مقررات با بنده رفتار خواهد نمود.*

*5 – فقط نمرات واحدهاي درسي درج شده در اين فرم ( تعداد ونوع واحدهاي درسي ) قابل پذيرش وثبت خواهد بود. و مابقي واحدهاي پاس شده توسط دانشجو پذيرش نشده ومجددا آنها را خواهم گذراند.*

*6 – درصورتيكه واحدهاي مندرج در اين فرم با اكثر واحدهاي درسي ارائه شده در دانشگاه مقصد مغايرت داشته باشد ، موظف خواهم بود در دانشگاه علوم پزشكي اردبيل انتخاب واحد نمايم.*

*7- واحدهای درسی پاس شده دردانشگاه مقصد بانمرات کمتر از 12(دوازده) مورد پذیرش دانشگاه مبدا نبوده وموظف به انتخاب و گذراندن مجدد آن خواهیم بود .*

 *امضاء دانشجو*

در شورای آموزشی مورخه................................ دانشکده و در شورای آموزشی مورخه........................... دانشگاه با مهمانی ................ترم نامبرده موافقت شده است.

توضیح اینکه : مهر و امضاء آموزش

دانشجو مجاز به انتخاب واحدهاي درسي بشرح زير با رعايت پيش نياز مربوطه ميباشد :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام درس | تعداد و نوع واحد  | رديف | نام درس | تعداد و نوع واحد |
| 1 |  |  | 16 |  |  |
| 2 |  |  | 17 |  |  |
| 3 |  |  | 18 |  |  |
| 4 |  |  | 19 |  |  |
| 5 |  |  | 20 |  |  |
| 6 |  |  | 21 |  |  |
| 7 |  |  | 22 |  |  |
| 8 |  |  | 23 |  |  |
| 9 |  |  | 24 |  |  |
| 10 |  |  | 25 |  |  |

آموزش دانشكده معاون آموزشي دانشكده رئيس دانشكده

اداره کل محترم امور آموزشی – دانشگاه شماره :

 تاریخ:

 سلام علیکم پیوست:

 با احترام بدینوسیله آقای /خانم دانشجوی رشته دندانپزشکی مقطع دانشکده دندانپزشکی این دانشگاه بمنظور اخذ واحدهای درسی بشرح فوق در نیمسال اول/دوم/ترم تابستانی سالتحصیلی در آن دانشگاه معرفی میگردند .خواهشمند است در صورت موافقت با مهمانی ایشان ضمن اعلام مراتب موافقت دانشگاه به این امور، دستور فرمائید ریز نمرات نامبرده در پایان ترم به این دانشگاه اعلام گردد.

 مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه

رونوشت: آموزش دانشکده دندانپزشکی