



فرم تقاضای تغییر رشته

اینجانب دانشجوی رشته به شماره دانشجویی ورودی با توجه به شرایط تغییر رشته تقاضای بررسی تغییر رشته و انتقال اینجانب را به دانشگاههای مندرج در ذیل را دارم .

- 1: با کد: 4: با کد:
2: با کد: 5: با کد:
3: با کد: 6: با کد:

ضمناً با آگاهی از اینکه پس از موافقت دانشکده و ارائه معرفی نامه توسط اداره خدمات آموزشی به رشته جدید به منزله تغییر رشته قطعی و نهایی محسوب شده و حق تغییر رشته به رشته دیگر از اینجانب سلب خواهد شد ، نسبت به تغییر رشته اقدام می نمایم .

نام و امضاء متقاضی :

تاریخ:

اداره محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز:

با ضمن تأیید مراتب فوق الذکر با توجه به مراتب زیر:

- ☐ ادامه تحصیل از نظر مقررات آموزشی
- ☐ گذراندن حداقل یک نیمسال تحصیلی و حداکثر یک دوم واحدهای دوره در مقاطع کاردانی ، کارشناسی پیوسته و کارشناسی ناپیوسته و گذراندن حداقل یک نیمسال تحصیلی و حداکثر یک سوم واحدهای دوره در مقاطع دکتری عمومی
- ☐ نداشتن تعهد به دستگاه یا نهاد خاص دیگر
- ☐ تاکنون تغییر رشته نداده اند.

امضاء رئیس دانشکده :

تقاضای تغییر رشته نامبرده از نظر این دانشگاه بلامانع می باشد.

امضاء کارشناس آموزش:

دانشگاه علوم پزشکی..... امور آموزشی

با تأیید احراز کد رشته توسط نامبرده به پیوست ریز نمرات ایشان جهت استحضار و صدور دستور لازم ارسال می گردد.

امضاء مدیر امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی :