** بسمه تعالی فرم شماره ۱**

**معاونت آموزشی**

**مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی**

**درخواست انتقال توام با تغییر رشته**

**الف) درخواست دانشجو**

اینجانب دانشجوی رشته دوره به شماره دانشجویی ورودی سال با/ بدون سهمیه ایثار گری و با گذرانیدن تعداد واحد درسی و با معدل کل به دلایل ذیل متقاضی تغییر رشته تحصیلی خود به رشته مقطع در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی در نیمسال اول / دوم/ تابستان سال تحصیلی می باشم. و متعهد می شوم همه ضوابط و مقررات مربوط به انتقال را کاملا مطالعه نموده و به آنها آگاهی داشته و در صورت انصراف از این درخواست یا عدم پذیرش دانشگاه مقصد ظرف مدت دو هفته مدارک را به آموزش کل دانشگاه باز گردانم.

**۱.**

**۲.**

**آدرس دقیق دانشجو : ...................................................................................................................................تلفن: ......................................................................**

 **امضا دانشجو**

**ب) نظریه استاد مشاور:**

 **مهر و امضا استاد مشاور**

**ج) نظر دانشکده**

تغییر رشته با مشخصات فوق با توجه به دلایل و مدارک ارائه شده در شورای آموزشی دانشکده (جلسه ............. تاریخ ............) مطرح و موارد موافقت قرار گرفت/ نگرفت.

 **ریاست دانشکده**

**دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...................... شماره : ................**

 **تاریخ: .................**

**پیوست: ................**

تغییر رشته دانشجو با مشخصات فوق مورد موافقت این دانشگاه می باشد خواهشمند است چنانچه آن دانشگاه /دانشکده با انتقال نامبرده موافقت دارد اعلام فرماید تا نسبت به ارسال مدارک لازم اقدام مقتضی صورت گردد.

**مدیر کل آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه**