



فرم احراز شرایط پایان تحصیلات دوره کارشناسی*

به: مسئول تطبیق پردیس خودگردان

از: استاد راهنما

باسلام، ضمن ارسال ریز نمرات و کارنامه تطبیق دروس سرکار خانم/جناب آقای: به شماره دانشجویی

دانشجوی مقطع کارشناسی دانشکده رشته استحضار

می رساند که با توجه به جدول زیر، ایشان در کلیه دروس/واحدهای لازم برای دریافت درجه کارشناسی، نمره قبولی اخذ کرده‌اند.

①	تعداد واحد دروس عمومی قابل تطبیق	⑤	جمع تعداد واحد دروس قابل تطبیق (①+②+③+④)
②	تعداد واحد دروس پایه قابل تطبیق	⑥	تعداد واحد دروس اضافی
③	تعداد واحد دروس الزامی قابل تطبیق	⑦	تعداد واحد گذرانده (⑤+⑥)
④	تعداد واحد دروس اختیاری قابل تطبیق	⑧	تعداد واحد لازم برای فراغت از تحصیل

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: امضاء تاریخ / / ۱۴

به: معاون پردیس خودگردان

از: مسئول تطبیق پردیس خودگردان

مراتب فوق مورد تأیید است.

نام و نام خانوادگی مسئول تطبیق دانشکده: امضاء تاریخ / / ۱۴

تأیید دفتر خدمات دانشجویی

تأیید ارتباط با دانش آموختگان

تأیید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس:

نام و نام خانوادگی کارشناس: .

نام و نام خانوادگی کارشناس:

تاریخ / / ۱۴

تاریخ / / ۱۴

تاریخ / / ۱۴

تأیید معاون پردیس خودگردان

تأیید مسئول امور شهریه دانشجویان پردیس خودگردان

ادامه انجام امور فراغت از تحصیل بلامانع است.
نام و نام خانوادگی:.....

- دانشجو دارای بدهی شهریه می باشد.
- دانشجو دارای بدهی تسهیلات می باشد.
- دانشجو بدهی ندارد و ادامه انجام امور فراغت از تحصیل بلامانع است.

تاریخ / / ۱۴

نام و نام خانوادگی:.....

تاریخ / / ۱۴

طبق ضوابط آیین‌نامه آموزشی پردیس خودگردان، دانش آموختگی نامبرده بلامانع است.

نام و نام خانوادگی رئیس پردیس خودگردان: امضاء و مهر دانشکده تاریخ / /

* لازم است این فرم به شکل دورو (پشت و روی یک برگه) تهیه شده باشد.

این قسمت توسط دانش آموخته تکمیل گردد.

نشانی دائم: کد پستی تلفن ثابت (۰)

نشانی فعلی: کد پستی تلفن همراه (۰)

امضا تاریخ / / ۱۴

تایید اداره دانش آموختگان

پرونده دانشجوی از نظر رعایت آیین نامه ها و مقررات بررسی شد.

نام و نام خانوادگی رئیس اداره دانش آموختگان: امضاء تاریخ / / ۱۴

تایید معاون مدیر کل آموزش

پرونده دانشجوی از نظر رعایت آیین نامه ها و مقررات بررسی شد.

نام و نام خانوادگی معاون مدیر کل آموزش: امضاء تاریخ / / ۱۴

از: مدیر کل آموزش

با فراغت از تحصیل نامبرده موافقت می شود. برای صدور گواهی نامه اقدام شود.

امضاء مدیر کل آموزش دانشگاه تاریخ / / ۱۴