



دانشکده معماری و هنر
تحصیلات تکمیلی

«مراحل حذف پزشکی»

دانشجویان گرامی، جهت «حذف پزشکی» لازم است مراحل زیر انجام شود:

۱. فرم درخواست حذف پزشکی را به صورت دستی تکمیل نمایید (صفحه ۲).
 ۲. بعد از تکمیل فرم، تأییدیه‌های لازم را از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده اخذ نموده و سپس، با مراجعه به دبیرخانه دانشکده، آن را ثبت نمایید. برای تسهیل در پی‌گیری‌های آتی، حتماً تاریخ و شماره نامه‌ی خود را یادداشت نمایید.
 ۳. گواهی استعلاجی یا بستری را به همراه نسخه‌ی تجویز دارو توسط پزشک معالج، ضمیمه کنید.
 ۴. ۲ سری کپی از کل مدارک بالا تهیه کرده و یک‌سری آن را نزد خود نگه دارید.
 ۵. اصل مدارک و یک‌سری از کپی آن‌ها را به دفتر تحصیلات تکمیلی دانشکده تحویل دهید.
 ۶. مدارک شما، پس از پایان کل امتحانات ترم، جهت استعلام به مرکز درمان دانشگاه ارسال خواهد شد. این فرایند زمان‌بر بوده و تا زمان حصول نتیجه‌ی نهایی، احتمالاً نمره‌ی صفر در کارنامه‌ی شما ثبت خواهد شد. پس از اعلام نتیجه‌ی مثبت، وضعیت نمره به «حذف پزشکی» تغییر خواهد یافت.
- همچنین، براساس نامه‌ی شماره ۱۴-۴۶۵۷ مورخ ۹۰/۷/۳۰ معاونت محترم دانشجویی دانشگاه گیلان و مصوبه مورخ ۹۰/۱۰/۱۱ در خصوص بخش مشاوره، شرایط بررسی گواهی‌های پزشکی دانشجویان در کمیسیون پزشکی دانشگاه در ایام امتحانات هر نیمسال، به شرح زیر است:

الف) دانشجویانی که در هنگام امتحانات، به بیماری سرپایی مبتلا می‌شوند؛ در صورت حضور در شهر رشت، جهت درمان و دریافت گواهی استعلاجی به درمانگاه‌های زیر مراجعه نمایند. لطفاً دقت داشته باشید که گواهی، حتماً باید همراه نسخه پزشکی باشد:

- درمانگاه مستقر در دانشگاه گیلان
- درمانگاه فرهنگیان: خیابان سعدی، پیچ سعدی
- درمان امام حسن مجتبی (ع): خیابان نامجو، چهار راه پرستار
- درمانگاه (صلح) هلال احمر: خیابان امام خمینی، چهار راه میکائیل
- درمانگاه امام سجاد(ع): خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی
- اورژانس بیمارستان‌های رازی، پورسینا، حشمت، شفا، رسول اکرم

ب) دانشجویان غیر ساکن در رشت، جهت درمان پس از مراجعه به مراکز دولتی، گواهی استعلاجی را به تایید پزشک معتمد شهر مربوطه برسانند.

ج) دانشجویانی که در بیمارستان بستری می‌گردند، گواهی استعلاجی خود را به همراه برگه‌های پذیرش و ترخیص ارائه نمایند.

چ) دانشجویان بیماری که جهت درمان خود به متخصصین مربوطه مراجعه می‌نمایند همراه گواهی استعلاجی، نسخه‌های پزشکی و امور تشخیصی (آزمایش، عکس، سونوگرافی و نظایر آن) را ارائه نمایند.

ح) نکته‌ی مهم: دانشجویانی که از درمانگاه‌های فوق‌الذکر گواهی می‌گیرند، نیاز به تایید گواهی از درمانگاه دانشگاه ندارند. همچنین، لطفاً توجه داشته باشید که گواهی از سایر مطب‌ها و درمانگاه‌ها پذیرفته نیست. مگر گواهی صادره توسط پزشک متخصص، با ارائه‌ی نسخه پزشکی و امور تشخیصی.

در خصوص استفاده از گواهی‌های پزشکی مرکز مشاوره لطفاً توجه داشته باشید که تنها، گواهی از روان‌پزشک و مشاوران مرکز مشاوره‌ی دانشگاه مورد قبول بوده و گواهی روان‌پزشک خارج از دانشگاه، باید توسط مشاوران مرکز مشاوره دانشگاه تایید گردد.

با آرزوی موفقیت

«برگ تقاضای دانشجوی برای استفاده از تسهیلات گواهی پزشکی/مشاوره»

در نیمسال _____ سال تحصیلی _____

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده معماری و هنر

با سلام و احترام، اینجانب _____ دانشجوی رشته _____ گرایش _____ مقطع _____ دوره _____

به شماره دانشجویی _____ با سهمیه ی قبولی _____ به دلیل بیماری جسمی مشکلات روان شناختی و با توجه به

تعداد _____ برگ مدارک پیوست؛

 از تاریخ _____ تا تاریخ _____ در بیمارستان بستری بوده و از تاریخ _____ تا تاریخ _____ مجاز به استراحت در منزل بودم. به توصیه و تأیید پزشک معالج، از تاریخ _____ تا تاریخ _____ مجاز به استراحت در منزل بودم. به توصیه و تأیید روانپزشک/کارشناس مرکز مشاوره، از تاریخ _____ تا تاریخ _____ مجاز به استراحت در منزل بودم.

لذا، بدین وسیله متقاضی

 حذف نیمسال _____ سال تحصیلی _____ حذف و موجه کردن غیبت خویش در جلسه ی امتحان درس یا دروس زیر می باشم:

ردیف	نام درس	تعداد واحد	گروه	نام استاد	روز امتحان	تاریخ	ساعت
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

در ضمن، اینجانب در نیمسال فوق، تعداد _____ واحد اخذ نموده و تاکنون _____ نوبت از تسهیلات گواهی پزشکی (بیماری جسمی) و _____ نوبت از تسهیلات گواهی مشاوره

(مشکلات روان شناختی)، برای حذف درس یا دروس / حذف ترم استفاده کرده و به

تعداد _____ نیمسال مشروط شده ام. در ضمن، متعهد می گردم تا زمانی که از طرف آموزش کل دانشگاه موضوع موجه شدن غیبت اینجانب به صورت مکتوب ابلاغ

نگردد، براساس وضعیت آموزشی فعلی خویش (موجه نبودن غیبت اینجانب و صفر بودن دروس مورد درخواست) انتخاب واحد نمایم.

نام دانشجو _____ تاریخ _____ امضا _____ تلفن ثابت _____ تلفن همراه _____

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده معماری و هنر

اطلاعات ارائه شده توسط دانشجو در خصوص نیمسال درخواستی، زمان (روز و ساعت) امتحان، غیبت در جلسه ی امتحان، نوبت استفاده از گواهی پزشکی و زمان ارائه ی گواهی

پزشکی، بررسی شده و صحت آن ها تأیید شد / تأیید نشد. موارد مغایرت، به شرح زیر است:

کارشناس تحصیلات تکمیلی _____

تاریخ _____

امضا _____

ریاست محترم مرکز درمان دانشگاه گیلان

با سلام و احترام، بدین وسیله، ضمن تأیید موارد فوق (در خصوص نیمسال، زمان امتحان درس، غیب در جلسه امتحان و نوبت استفاده از گواهی):

 با عنایت به این که نامبرده در زمان مقرر (حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از اتمام موعده بیماری) تقاضای خویش را در دبیرخانه ی دانشکده ثبت نموده است، بدین وسیله نظر موافق

تحصیلات تکمیلی دانشکده نسبت به بررسی تقاضای دانشجو، اعلام می شود.

 نظر مخالف تحصیلات تکمیلی دانشکده نسبت به بررسی تقاضای دانشجو، اعلام می شود.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده معماری و هنر _____

تاریخ _____

مهر و امضا _____