**تقاضای ترک تحصیل دائم دانشجویان**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

اینجانب --------- -- فرزند ---- دارای شماره شناسنامه ---- شماره ملی ----- صادره از ------ دانشجوی رشته------ این دانشگاه که تاکنون در ----- واحد درسی نمره قبولی گرفته ام با آگاهی کامل از مقررات مربوط به انصراف از تحصیل تقاضای ترک تحصیل دائم را دارم.

 تاریخ و امضا دانشجو

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**اداره کل آموزش دانشگاه**

سلام علیکم

 بدینوسیله گواهی می شودخانم -------- فرزند ----- دارای شماره شناسنامه -----شماره ملی ---------- صادره از ------ دانشجوی رشته------- با کلیه واحدهای ذیربط این دانشکده تسویه حساب نموده که نسخه مربوط به پیوست ارسال می گردد و این دانشکده با انصراف از تحصیل نامبرده موافقت دارد ضمنا" نامبرده هیچ گونه واحد درسی را نگذرانده است"

مهر وامضا رییس دانشکده دندانپزشکی

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

 بدینوسیله گواهی می شود که جهت آقا / خانم --------- دانشجوی رشته----- پذیرفته شده سال ------- صدور تاییدیه ترک تحصیل دائم بلامانع است که پس از طی مراحل قانونی و اعلام اداره کل امور فارغ التحصیلان وزارت متبوع تحویل مدارک نامبرده انجام خواهد پذیرفت.

مهر و امضا مدیر کل امور آموزشی دانشگاه