** باسمه تعالی**

 **وزارت علوم، تحقیقات و فناوری**

**کمیسیون بررسی موارد خاص استانی کاربرگ خلاصه وضعیت تحصیلی دانشجو**

 **شورای بررسی موارد خاص استانی**

**نام دانشگاه یا موسسه: موسسه آموزش عالی نوردانش**

|  |  |
| --- | --- |
| 1- نام و نام خانوادگی:  | 2- کد ملی:  |
| 3- نام پدر:  | 4- شماره تماس دانشجو:  |
| 5- تاریخ و محل تولد:  | 6- رشته تحصیلی و گرایش:  |
| 7- مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد9-سهمیه ورودی دانشجو به دانشگاه:  | 8- دوره تحصیلی: روزانه □ شبانه□ مجازی□ غیر انتفاعی 🗹10- نسبت دانشجو با فرد شاهد یا ایثارگر: فرزند□ همسر□ خواهر□ برادر□ سایر□ |
| 11- سال و نیمسال ورود به دانشگاه:  | نیمسال اول 🗹 نیمسال دوم □ |
| 12- وضعیت نظام وظیفه: مشمول□ کارت پایان خدمت□ معافیت از خدمت□ معافیت تحصیلی □(کارت معافیت یا پایان خدمت پیوست گردد.پیوست 1)13-آدرس محل سکونت دانشجو :  |
| 14- موضوع درخواست دانشجو (با استناد به بند مربوطه در آیین نامه): افزایش سنوات به 7 ترم |

 15- وضعیت آموزشی دانشجو به تفکیک هر نیمسال به ترتیب از بدو ورود به دانشگاه تا کنون (ریز نمرات با عنوان پیوست شماره 2 ضمیمه شود)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سال و نیمسال |  |  |  |  |  |  |
| تعداد واحد انتخابی |  |  |  |  |  |  |
| تعداد واحد گذرانده |  |  |  |  |  |  |
| معدل نیمسال |  |  |  |  |  |  |

16- تعداد کل واحدهای اخذ شده:

17- تعداد کل واحدهای گذرانده شده:

18- معدل کل:

19- تعداد واحدهای باقی مانده برای فراغت از تحصیل:

20- تعداد ترم های مشروطی: صفر

**21- وضعیت تحصیلی دانشجو:** در حال تحصیل🗹 اخراج آموزشی□ معرفی به نظام وظیفه□

انصراف دائم از تحصیل□ اتمام سنوات □ عدم مراجعه □

22- چنانچه در طول تحصیل تغییر رشته یا تغییر دانشگاه داده است، ذکر نمایید:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| انتقالی از دانشگاه ................................... | از نیمسال ................................. | سال تحصیلی ................................... |
| تغییر رشته از رشته ............................... | از نیمسال ............................... | سال تحصیلی ................................... |

**23- دلائل مبنی برخاص بودن وضعیت دانشجو (با استناد به آئین نامه مربوطه)** (**مستندات ضمیمه شود پیوست 3)**

□الف) ایثارگری:

 - مدت حضور در جبهه به ماه به تایید بالاترین مقام در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

 - درصد جانبازی مورد تائید بنیاد شهید انقلاب اسلامی

 - خانواده شهید یا ایثارگر به تائید شهید و امور ایثارگران

□ب) بیماری روحی و روانی به همراه مدارک پزشکی با تائید پزشک معتمد دانشگاه اصفهان

□ج) بیماری جسمی به همراه مدارک پزشکی با تائید پزشک معتمد دانشگاه اصفهان

□د) مشکلات خانوادگی که بعد از قبولی در دانشگاه یا موسسه حادث شده است با ذکر تاریخ دقیق و مدت مشکلات خانوادگی

\***مدارک مربوط به بیماری جسمی و یا مشکلات روحی دانشجو، باید توسط پزشک معتمد دانشگاه اصفهان تائید گردد.**

□ﻫ) سایر (حتی الامکان با ارائه مستندات- پیوست 4):

**24- چنانچه در دوران تحصیل بدون رعایت مقررات آموزشی ادامه تحصیل داده است دلائل آن را توضیح دهید.**

**25- سابقه قبلی طرح در کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه یا موسسه:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ | درخواست | نتیجه کمیسیون موارد خاص دانشگاه |
|  |  |  |

**26- سابقه قبلی در شورای بررسی موارد خاص استانی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تاریخ | درخواست | نتیجه شورای بررسی موارد خاص استانی |
|  |  |  |

**27- نظر کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه یا موسسه با ذکر دلائل به صورت مشروح:**

**مراتب فوق مورد تایید می باشد و چون تصمیم گیری در مورد درخواست دانشجو در اختیار کمیسیون بررسی موارد خاص موسسه / دانشگاه نمی باشد، جهت طرح در کمیسیون استانی بررسی موارد خاص ارسال می گردد.**