شماره:
تاریخ:
پیوست:

فرم درخواست تمدید سنوات نیم‌سال هفتم مخصوص دانشجویان کارشناسی ارشد ناپیوسته
(درخواست طرح در کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه)

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی: رشته تحصیلی:	دوره (روزانه/ شبانه):
استادراهنما:	تاریخ تصویب نهایی پروپوزال:	شماره تماس:
تعداد واحدهای گذرانده:	تعداد واحدهای باقیمانده (بدون پایان‌نامه):	معدل:

توجه: صدور مجوز دفاع، مشروط به موافقت با تمدید سنوات نیم‌سال هفتم و ارائه تسویه حساب مالی نهایی تایید شده توسط مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه می‌باشد.

درخواست دانشجو

اینجانب .....دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد دانشکده ..... ، رشته ..... گرایش .....به شماره دانشجویی .....به دلیل ..... .
و با اطلاع از ضوابط و آیین نامه‌های آموزشی دوره کارشناسی ارشد، تقاضا دارم با تمدید سنوات نیم‌سال هفتم در قالب نوبت دوم (شبانه) موافقت نمایید. ضمناً متعهد می‌شوم حداکثر تا پایان نیم‌سال هفتم تحصیلی از پایان نامه خود دفاع نمایم. بدیهی است، از آن جایی که نیم‌سال هفتم در قالب نوبت دوم (شبانه) و با پرداخت کل شهریه ثابت یک نیم‌سال و دوره تابستان نیز با پرداخت کل شهریه ثابت دوره تابستان خواهد بود، درخواست کاهش یا تخفیف شهریه مذکور و استفاده از هرگونه تسهیلات رفاهی و دانشجویی نداشته و ملزم می‌شوم قبل از اقدام برای تعیین وقت دفاع از پایان‌نامه، تسویه حساب نهایی مالی را ارائه نمایم. لازم به ذکر است، بر اساس مصوبه شورای آموزشی دانشگاه آخرین مهلت دفاع در ترم تابستان، ۳۱ شهریور ماه بوده و به هیچ وجه قابل تمدید نمی‌باشد.

نام و نام خانوادگی: امضاء تاریخ:

مدیر محترم گروه آموزشی

اینجانب ..... عضو هیات علمی گروه آموزشی ..... استاد راهنمای خانم/آقای ..... ، با اطلاع از ضوابط و آیین‌نامه آموزشی مربوط به دوره کارشناسی ارشد و به دلایل مشروحه ذیل، با تمدید سنوات آموزشی نیم‌سال هفتم ایشان **موافق هستم** ○ **مخالف هستم** ○.

دلایل طولانی شدن فرآیند انجام پایان‌نامه (توضیحات استاد راهنما): .....
.....

درصد پیشرفت فعالیت‌های پژوهشی پایان‌نامه: ..... درصد پیشرفت نگارش فصل‌های پایان‌نامه: ..... تاریخ احتمالی دفاع: .....

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: امضاء تاریخ:

مسئول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

با درخواست تمدید سنوات نیم‌سال هفتم خانم/آقای .....دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته .. ..گرایش .....موافقت می‌شود ○ موافقت نمی‌شود ○.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی : مهر و امضاء تاریخ:

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه

با درخواست تمدید سنوات آموزشی نیم‌سال هفتم خانم/آقای ..... موافقت می‌شود ○ موافقت نمی‌شود ○.

نام و نام خانوادگی مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده: مهر و امضاء تاریخ:

دبیر محترم کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه

با سلام و احترام، با عنایت به موافقت استاد محترم راهنما و تایید گروه محترم آموزشی، با درخواست تمدید سنوات آموزشی نیم‌سال هفتم خانم/آقای ..... خواهشمند است، اقدامات لازم در خصوص طرح درخواست دانشجوی نامبرده جهت بررسی و تصمیم‌گیری در کمیسیون بررسی موارد خاص دانشگاه صورت گیرد و نتیجه را به نحو مقتضی به واحدهای مربوطه و همچنین این مدیریت منعکس فرمایید.

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه مهر و امضاء تاریخ: