



باسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

دانشکده کوبرشناسی

درخواست مجوز ارزیابی جامع

مدیر محترم گروه:

اینجانب/ایجابان.....استاد/اساتید راهنما آقای/خانم.....به شماره دانشجویی دانشجوی دوره دکتری رشته.....با توجه به اتمام دوره آموزشی موافقت خود را با برگزاری ارزیابی جامع از وی اعلام می داریم.

نام و امضاء استاد/اساتید راهنما

مسئول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:

دانشجوی فوق از نظر این گروه آمادگی شرکت در ارزیابی جامع را دارد. (صورتجلسه گروه مورخهبه شماره نامه)

نام و امضاء مدیر گروه

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه:

خواهشمند است دستور فرمایید پرونده دانشجوی فوق بررسی شده، چنانچه از نظر مقررات آموزشی مانعی برای برگزاری ارزیابی جامع وجود ندارد مراتب را به این مدیریت اعلام فرمایید

مسئول تحصیلات تکمیلی دانشکده

مسئول محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:

بدینوسیله اعلام میدارد باتوجه به بررسی های به عمل آمده برگزاری ارزیابی جامع دانشجوی فوق از نظر این مدیریت بلا مانع است ممکن نیست.

نام و امضاء

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

دلیل عدم موافقت: