



فرم تسویه برای صدور مجوز دفاع غیر حضوری (مجازی) دوره های مشترک *

دانشگاه صنعتی امیرکبیر

دانشجو

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی دانشکده: رشته:

اینجانب با اطلاع و قبول عواقب مترتب سازمان نظام وظیفه (به دلیل خروج از کشور با معافیت تحصیلی و عدم بازگشت به موقع)، درخواست صدور مجوز دفاع غیر حضوری را دارم.

اینجانب برای فرصت تحقیقاتی از تسهیلات سازمان امور دانشجویان از تسهیلات صندوق پژوهش و فناوری دانشگاه استفاده نموده‌ام.

می پذیرم در صورت استفاده از تسهیلات فوق، درج نمره رساله در کارنامه منوط به لغو تعهد فرصت تحقیقاتی یا مراجعه حضوری دانشجو و ارائه کپی صفحات پاسپورت برای طی مرحله اول لغو تعهد فرصت تحقیقاتی است.

می پذیرم دانشگاه تا زمان لغو تعهد آموزش رایگان و مشخص شدن وضعیت نظام وظیفه هیچگونه گواهی قابل ترجمه مبنی بر دفاع از رساله / کارنامه رسمی / دانشنامه برای اینجانب صادر نخواهد نمود.

نشانی دائم: کد پستی تلفن ثابت (0)

نشانی فعلی: کد پستی تلفن همراه (0)

نام و نام خانوادگی نماینده / وکیل دانشجو جهت پیگیری مراحل تسویه کد ملی نماینده / وکیل:

امضا تاریخ / / 14

تایید استاد راهنما

مراتب فوق مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی مسئول تطبیق دانشکده: امضا تاریخ / / 14

تایید معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده

بر طبق ضوابط آیین‌نامه آموزشی دانشکده، دفاع نامبرده بلامانع است.

نام و نام خانوادگی معاون تحصیلات تکمیلی دانشکده: امضاء و مهر تاریخ / / 14

تایید رییس دانشکده

صدور مجوز دفاع مجازی نامبرده بلامانع است. تاریخ / / 14

نام و نام خانوادگی رییس دانشکده

امضا و مهر

تایید دفتر دانشکده

نام و نام خانوادگی مسئول مربوط:

امضا تاریخ / / 14

تایید معاونت فرهنگی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید دفتر ارتباط با دانش‌آموختگان

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید کتابخانه مرکزی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید اداره رفاه دانشجویی

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید اداره امور خوابگاه ها

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید اداره تغذیه

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ / / 14

تایید کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشگاه

توضیح ضروری:

نام و نام خانوادگی: امضا تاریخ / / 14

تایید امور مالی آموزشهای آزاد دانشگاه

• فقط جهت دانشجویان بورسیه وزارت علوم و دستگاههای اجرایی.

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس: امضا تاریخ / / 14

تایید اداره دانش‌آموختگان

پرونده دانشجو از نظر رعایت آیین‌نامه‌ها و مقررات بررسی شد.

نام و نام خانوادگی رییس اداره دانش‌آموختگان: امضا تاریخ / / 14

تایید مدیر تحصیلات تکمیلی

با صدور مجوز دفاع نامبرده موافقت می‌شود.

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه تاریخ / / 14