

فرم تشکیل کلاسهای جبرانی



دانشکده فناوریهای نوین علوم پزشکی

مدیر محترم گروه

با سلام و احترام، به استحضار می‌رساند طبق هماهنگی قبلی با دانشجویان، کلاسهای جبرانی اینجانب عضو هیات علمی / استاد مدعو آن گروه در نیمسال سال تحصیلی طبق برنامه ذیل تشکیل می‌گردد مستدعی است دستور مقتضی صادر نمایید .

کلاس های جبرانی			کلاس هایی که تشکیل نمی شود			
مکان(با نظر معاونت آموزشی)	ساعت	تاریخ	مکان	ساعت	تاریخ	نام درس

نام و نام خانوادگی استاد

معاونت محترم آموزشی دانشکده

احتراماً ضمن موافقت با درخواست تشکیل کلاس های جبرانی فوق، مراتب برای استحضار و دستور اقدام لازم ایفاد می‌گردد.

تایید مدیر گروه

تایید معاون آموزشی دانشکده

تذکرات مربوط به تشکیل کلاس جبرانی

- * به دلیل هماهنگ نشدن برنامه همه دانشجویان، حتی الامکان از درخواست کلاس جبرانی اجتناب شود؛
- * درخواست کلاس جبرانی باید حداقل ۲ روز قبل به اطلاع مدیر محترم گروه و معاون محترم آموزشی رسانده شود تا در صورت موافقت به اطلاع دانشجویان رسانده شود؛
- * کلاس های جبرانی باید در روزهای شنبه تا چهارشنبه تشکیل شود؛
- * در صورتی که تعداد کلاسهای جبرانی هر استاد در طول یک نیمسال تحصیلی بیش از دو جلسه برای هر درس باشد، مراتب در شورای آموزشی دانشکده قرائت و تصمیم مقتضی گرفته خواهد شد.