



دبیرخانه اداره کل شاهد امور ایثارگران دانشگاه

شماره: ..... نام:

تاریخ: ..... نام:

الف) مشخصات کامل دانشجو:

نام خانوادگی:	نام:
فرزند:	نام خانوادگی:
ورودی سال:	گرایش:
ورودی سال:	گرایش:
تعداد واحدهای گذرانده شده:	مقطع تحصیلی:
تعداد واحدهای گذرانده شده:	مقطع تحصیلی:
تعداد مشروطی:	سیستم آموزشی: تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/>
تعداد مشروطی:	سیستم آموزشی: تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/>
نام واحدیامركزدانشگاهی محل تحصیل:	معدل کل:
نام واحدیامركزدانشگاهی محل تحصیل:	معدل کل:
نسبت دانشجو با ایثارگر:	وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> کارت معافیت <input type="checkbox"/> استفاده از معافیت تحصیلی <input type="checkbox"/> مشمول وظیفه <input type="checkbox"/>
نسبت دانشجو با ایثارگر:	وضعیت نظام وظیفه: کارت پایان خدمت <input type="checkbox"/> کارت معافیت <input type="checkbox"/> استفاده از معافیت تحصیلی <input type="checkbox"/> مشمول وظیفه <input type="checkbox"/>

ب) مشخصات کامل ایثارگر:

نام و نام خانوادگی ایثارگر: ..... نوع ایثارگری (شهید، جانباز، آزاده، رزمنده): .....

ج) موضوع درخواست:

 سنوات تحصیلی  دروس جبرانی  معرفی به استاد  دفاع از پایان نامه 

امضاء ..... تاریخ

متقاضی

پی نوشت مدیرکل محترم:

.....  
.....  
.....  
.....

۳- در صورت مخالفت واحد رای صادره

۲- نامه ایثارگری

۱- خلاصه وضعیت تحصیلی مدارک مورد نیاز :

.....: تلفن همراه:

.....: کد شهرستان:

.....: تلفن تماس ضروری :