***بسمه تعالی***

***فرم درخواست معادل سازی دروس***

***دانشگاه علوم پزشکی اردبیل – دانشکده پزشکی و پیراپزشکی***

***نام ونام خانوادگی دانشجو : شماره دانشجوئی : تاریخ درخواست :***

***رشته******تحصیلی : ورودی : سهمیه ورودی :***

***\* نوع درخواست :*** تقاضای معادل سازی دروس گذرانده شده در رشته تحصیلی قبلی

* ***شرح درخواست و دلایل آن :***

***امضاء دانشجو***

* ***ارجاع به گروه ها و اساتید محترم برای اعلام نظر :***
1. ***مدیر محترم گروه جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
2. ***مدیر محترم گروه جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
3. ***مدیر محترم گروه جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
4. ***مدیر محترم گروه جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
5. ***مدیر محترم گروه جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
6. ***استاد محترم جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
7. ***استاد محترم جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***
8. ***استاد محترم جهت اعلام نظر ( میزان اشتراک محتوایی و امکان معادل سازی )***

***مهر و امضاء رئیس اداره آموزش دانشکده***

* محل اعلام نظرات کارشناسی گروه / اساتید

* ***نظر شورای آموزشی دانشکده*** *:*

***مهر و امضاء دبیر شورا***