**شماره :**  **دانشکده پزشکی**

 **تاریخ : معاونت پژوهشی**

**فرم درخواست اخطار به دانشجو**

خواهشمند است موارد ذیل بادقت تکمیل و به معاونت پژوهشی دانشکده پزشکیارسال گردد موارد فوق پس از بررسی در معاونت پژوهشی به اطلاع جنابعالی خواهد رسید.

کد پایان نامه:....................................عنوان پایان نامه : ........................................................................................ .................................................................................................................................................................

استاد راهنما :.............................................اساتید مشاور : ................................................................................

نام دانشجو : ................................................رشته تحصیلی : .......................... مقطع دانشجو : .............................

تاریخ درخواست : .........../........../.............

معاونت محترم پژوهشی دانشکده پزشکی

با سلام، احتراما اینجانب..................................... استاد راهنماي پایان نامه متقاضی اخطار به دانشجو به دلایل ذیل هستم: همچنین در صورت قبول دلایل، خواستار حذف دانشجو از طرح می باشم . نمی باشم

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... مهر و امضا استاد راهنما

 (موارد این قسمت توسط معاونت پژوهشی از دانشجو اخذ خواهد )

اینجانب : .....................................دانشجوی رشته پزشکی موارد فوق را در مورخ ..../.../.... مطالعه نموده ام و اعلام می دارم که :

دلایل مطرح شده فوق را **قبول دارم** و متعهدمی شوم در صورت دریافت اخطار بعدی مسئولیت تعیین تکلیف پایان نامه خود را به معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی واگذار نمایم .

دلایل مطرح شده فوق را **قبول دارم** و لذا فرم انصراف از پایان نامه را در اسرع وقت تکمیل و به معاونت پژوهشی ارسال خواهم نمود

دلایل مطرح شده فوق را **به علل ذیل قبول ندارم** و لذا متقاضی بررسی دلایل در معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی یا هر مرجع ذیصلاح دیگر می باشم.

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

.................................................................................................................................................................... امضا دانشجو