



\* باسمه تعالی \*

**فرم ب: درخواست انتقال دایم توام با تغییر رشته**  
برای نیمسال اول سال تحصیلی ۹۸-۹۷

شماره:

تاریخ:

مدیر محترم گروه

با سلام و احترام، اینجانب

دانشجوی رشته

دوره

مقطع

به شماره دانشجویی دانشگاه گیلان که تاکنون تعداد واحد درسی را گذرانیده ام، با آگاهی کامل از آیین نامه و مقررات آموزشی مربوط به تغییررشته و انتقالی، تقاضای انتقال دایم توام با تغییررشته به رشته مربوط به شماره کد برای دانشگاه که توسط آموزش دانشکده در فرم الف بررسی و مورد تایید قرار گرفته است را دارم.

اینجانب متعهد می شوم:

- ۱) که ادامه تحصیل اینجانب برابر مقررات آموزشی موجود بلامانع می باشد و دارای شرایط انتقال توام با تغییررشته به سایر دانشگاه های کشور می باشم.
- ۲) از مفاد اطلاعیه های صادره مربوط به نقل و انتقال دانشگاه در نیمسال جاری اطلاع یافته و موارد اعلام شده در آن را بطور کامل رعایت نمایم.
- ۳) تاکنون از مزایای تغییررشته و یا انتقالی استفاده ننموده ام.
- ۴) در هر نیمسال تحصیلی تنها مجاز به اخذ یک فرم (انتقال یا مهمان یا ....) می باشم و فرم تایید شده مربوط را به دانشگاهی که در دبیرخانه آموزش دانشکده به ثبت رسانیده ام ارائه نمایم.
- ۵) نامه موافقت یا مخالفت با درخواست را از دانشگاه مقصد و یا در صورت عدم تحویل آن به دانشگاه مربوط، انصراف از درخواست خود به همراه اصل این فرم را حد اکثر تا قبل از تاریخ حذف و اضافه به آموزش دانشکده تحویل نمایم.
- ۶) در صورت موافقت دانشگاه مقصد با درخواست اینجانب حداکثر تا قبل از پایان حذف اضطراری (یک درس) مربوط به نیمسال جاری به دانشگاه گیلان مراجعه و تسویه حساب نمایم.
- ۷) در صورت موافقت دانشگاه مقصد با انتقال توام با تغییر رشته، در حداکثر سقف سنوات تحصیلی فارغ التحصیل شوم، در غیر اینصورت مسئولیت عواقب قانونی (مانند مخالفت ناجا با ادامه تحصیل) به عهده اینجانب می باشد.

آدرس محل سکونت و شماره تلفن:

**محل امضاء دانشجو و تاریخ**

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

با سلام و احترام، بدین وسیله با درخواست انتقال دایم توام با تغییررشته دانشجوی فوق درنیمسال مذکور موافقت می شود.

مهر و امضاء مدیر گروه

**معاونت محترم آموزشی دانشکده**

با سلام و احترام، درخواست انتقال دایم توام با تغییر رشته دانشجوی فوق درنیمسال مذکور مورد بررسی قرار گرفت و ضمن تکمیل، اعلام می گردد تایید درخواست نامبرده از لحاظ مقررات و ضوابط آموزشی بلامانع می باشد.

مهر و امضاء رئیس اداره آموزش دانشکده

امضاء کارشناس مربوط

**مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه**

با سلام و احترام، عین درخواست انتقال دایم توام با تغییررشته دانشجوی فوق به آن دانشگاه، جهت بررسی و اظهار نظر ارسال می گردد. مستدعی است دستور فرمایید نتیجه را حداکثر تا قبل از پایان حذف و اضافه نیمسال مذکور به امور آموزشی این دانشگاه منعکس نمایند.

شایان ذکر است که دانشجوی فوق، کد رشته دوره آن دانشگاه را می باشد.

معاون آموزشی دانشکده / مدیر امور آموزشی دانشگاه

مهر و امضاء

رونوشت:

- مدیر یت محترم امور آموزشی دانشگاه گیلان - اداره پذیرش
- پرونده نامبرده

توجه: به استناد مصوبه مورخ ۸۸/۲/۱۳ شورای آموزشی دانشگاه گیلان تایید این فرم توسط آموزش دانشکده ها به منزله تایید امور آموزشی دانشگاه بوده و نیازی به تایید این امر نمی باشد. لطفاً پاسخ درخواست رابه امور آموزشی دانشگاه گیلان (صندوق پستی ۱۱۵۹-۴۱۶۳۵) ارسال فرمایید.