



دانشگاه سمنان

تحصیلات تکمیلی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

تاریخ: \_\_\_\_\_

شماره: \_\_\_\_\_

## درخواست مجوز ارزیابی جامع

مدیر محترم گروه

اینجانبان اساتید راهنما/مشاور آقای/خانم

دانشجوی دوره دکتری رشته

به شماره دانشجویی

باتوجه به اتمام دوره آموزشی موافقت خود را با برگزاری ارزیابی جامع از وی اعلام می داریم .

نام و امضای اساتید راهنما

نام و امضای اساتید مشاور

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

امضای مدیر گروه

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه :

خواهشمند است دستور فرمایید پرونده ی دانشجو فوق بررسی شده چنانچه از نظر مقررات آموزشی مانعی برای برگزاری ارزیابی جامع وجود ندارد مراتب را به این مدیریت اعلام فرمایید .

امضا مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

بدین وسیله اعلام می دارد باتوجه به بررسی های به عمل آمده برگزاری ارزیابی جامع دانشجوی فوق از نظر این مدیریت بلامانع است /ممکن نیست .

مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

نام و امضاء

دلیل عدم موافقت :