|  |
| --- |
| **"بسمه تعالی"** |
|  | **فرم درخواست تمدید سنوات دانشجویان دکتری برای نیمسال ..........................** | **تاریخ:** |
| **شماره:** |
| **دانشگاه صنعتي سهند** |

|  |
| --- |
| درخواست دانشجو |
| جناب آقای دکتر ................ استاد محترم راهنمای رساله دکتری با سلام، احتراماً اینجانب |
| نام و نام خانوادگی دانشجو: ..................................................... شماره دانشجوئی: ............................ رشته: ..........................................  |
| عنوان رساله: ......................................................................................... |
| استاد راهنمای اول: ................. | استاد راهنمای دوم: .....................  | استاد مشاور: ................................. |
| تاریخ تصویب پیشنهاد رساله در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه: .............. | نوع رساله: تجربی تجربی- نظری نظری  |
| تعداد و زمان‏های ارائه گزارش پیشرفت رساله در نیمسال‏های سابق: |
| تاریخ ارائه آخرین گزارش پیشرفت: | تاریخ پیش بینی شده برای دفاع نهائی:  |
| **مشخصات مقالات پذیرش شده : (صفحه اول مقالات و مستندات پذیرش یا ارسال ضمیمه گردد)** |
| ردیف | عنوان مقاله | عنوان مجله | نوع مجله |
|  |  |  |  |
| **مشخصات مقالات ارسال شده: (صفحه اول مقالات و مستندات پذیرش یا ارسال ضمیمه گردد)** |
| ردیف | عنوان مقاله | عنوان مجله | نوع مجله |
|  |  |  |  |
| با توجه به دلایل زیر تقاضای صدور مجوز تمدید سنوات ترم .............. برای نیمسال اول/ دوم سال تحصیلی ........................ در قالب آئین نامه مصوب دانشگاه را دارم. خواهشمنداست مقرر فرمائید تا اقدام مقتضی مبذول گردد.1- ..................................................................................................... 2- ............................................................................................تاریخ ارائه درخواست: امضاء دانشجوتوجه: گزارش مختصر پیشرفت مراحل انجام رساله و کارنامه تحصیلی ضمیمه گردد. |
| **نظر استاد راهنما** |
| نظر استاد راهنما: ....................................................................... | میزان درصد پیشرفت رساله نسبت به نیمسال قبل: ................  |
| نام استاد راهنما: تاریخ: امضاء |
| **نظر دانشکده** |
| نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده ..............................................: ............................................................................ |
| نام رئیس دانشکده: تاریخ جلسه: امضاء |
| **نظر تحصیلات تکمیلی دانشگاه** |
| شرط تمدید سنوات نیمسال قبل: .................................................................................................. |
| نظر شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه و شرایط مصوب: ............................................................................................................... |
| تاریخ تصویب در جلسه : .................................. امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی |