



\* باسمه تعالی \*

**فرم ج: تغییر رشته در دانشگاه گیلان**

نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۶-۱۴۰۳

شماره:  
تاریخ:

**استاد مشاور محترم آموزشی:**

با سلام و احترام، اینجانب دانشجوی رشته \_\_\_\_\_ دوره \_\_\_\_\_ مقطع کارشناسی پیوسته به شماره دانشجویی \_\_\_\_\_ دانشگاه گیلان که تاکنون تعداد \_\_\_\_\_ واحد درسی را گذرانیده ام، با آگاهی کامل از آیین نامه و مقررات آموزشی مربوط به تغییر رشته، تقاضای تغییر رشته داخلی در دانشگاه گیلان به رشته \_\_\_\_\_ در مقطع کارشناسی پیوسته، به شماره کد رشته محل \_\_\_\_\_ که توسط آموزش دانشکده در فرم الف بررسی و مورد تایید قرار گرفته است، را دارم و متعهد می شوم:

- ۱) مفاد اطلاعاتی صادره مربوط به تغییر رشته دانشگاه را در نیمسال جاری مطالعه نموده و موارد اعلام شده در آن را بطور کامل رعایت نمایم.
  - ۲) تاکنون از مزایای تغییر رشته و یا انتقالی استفاده ننموده ام.
  - ۳) در طول تحصیل، تنها مجاز به اخذ یک فرم تغییر رشته می باشم.
  - ۴) نامه موافقت یا مخالفت با درخواست را از دانشگاه مقصد دریافت و به آموزش دانشکده تحویل نمایم و یا در صورت عدم تحویل آن به دانشگاه مربوط، انصراف از درخواست خود را به همراه اصل این فرم، حد اکثر تا قبل از تاریخ حذف و اضافه به آموزش دانشکده ارایه نمایم.
  - ۵) در صورت موافقت دانشگاه مقصد با درخواست اینجانب، حداکثر تا قبل از پایان نیمسال جاری نسبت به تسویه حساب در سامانه آموزشی دانشگاه اقدام نمایم.
  - ۶) در صورت موافقت دانشگاه 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**

**مدیر محترم گروه آموزشی دانشکده**

با سلام و احترام، بدین وسیله با درخواست تغییر رشته داخلی دانشجوی فوق در نیمسال مذکور موافقت می شود.

**مهر و امضاء استاد مشاور آموزشی**

**معاون محترم آموزشی دانشکده**

با سلام و احترام، بدین وسیله با درخواست تغییر رشته داخلی دانشجوی فوق در نیمسال مذکور موافقت می شود.  
**مهر و امضاء مدیر گروه**

**معاون محترم آموزشی دانشکده**

با سلام و احترام، درخواست تغییر رشته داخلی دانشجوی فوق در نیمسال مذکور مورد بررسی قرار گرفت و ضمن تایید درخواست دانشجو، اعلام می گردد تغییر رشته نامبرده از لحاظ مقررات و ضوابط آموزشی بلامانع می باشد.

**مهر و امضاء رئیس اداره آموزش دانشکده**

**امضاء کارشناس مربوط**

**مدیر محترم امور آموزشی دانشگاه گیلان**

با سلام و احترام، عین درخواست تغییر رشته داخلی دانشجوی فوق، جهت بررسی و اظهار نظر ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمایید نتیجه را حداکثر تا قبل از پایان حذف و اضافه نیمسال مذکور به آموزش دانشکده منعکس نمایند.

شایان ذکر است دانشجوی فوق، دارای کدرشته محل \_\_\_\_\_ مربوط به رشته \_\_\_\_\_ دوره \_\_\_\_\_ دانشگاه گیلان می باشد.

**معاون آموزشی دانشکده**  
**مهر و امضاء**