

طلب إجراء امتحان غير مكمل

كلية:.....

الإجازة العالية (الماجستير) الإجازة الدقيقة (الدكتوراه)

نظام سنة دراسية - العام الجامعي:

نظام فصل دراسي:

خريف ربيع

اسم الطالب :..... الجنس:.....الجنسية:.....

رقم القيد:

الرقم الوطني:

القسم:.....الشعبة:.....

نأمل منكم الموافقة على إجراء امتحان غير مكمل في المواد التالية:

ت	رمز المقرر	اسم المقرر	أستاذ المادة	التوقيع
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

المرفقات: (المستندات التي تعزز الموافقة على طلب إجراء امتحان غير مكمل).

اسم الطالب:..... التوقيع:..... التاريخ:.....

مدير مكتب الدراسات العلية والتدريب بالكلية

الاسم:.....

التوقيع.....

التاريخ.....

رئيس القسم العلمي

الاسم:.....

التوقيع.....

التاريخ.....

صورة إلى:

مكتب الدراسات العلية والتدريب بالكلية.

إدارة الدراسات العلية والتدريب بالجامعة.