

إقرار

أقر أنا الطالب (ة) / المقيد
بالمستوى / ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة – جامعة
المنصورة لائحة العام الجامعي
...../20..... 20 أنني ألتزم وأتكفل بسداد كافة المصاريف الدراسية الخاصة
بمقرر: وذلك بناء على طلبى بفتح هذا المقرر خلال
الفصل الدراسي (الأول / الثانى / الصيفى).
وهذا إقرار وتعهد منى بذلك

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام

مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب :
التوقيع :
الرقم القومى :
كود الطالب :
رقم التليفون :

التاريخ :/...../20.....

إقرار فتح وتسجيل مقرر

أقر أنا الطالب (ة) / المقيد
بالمستوى / ببرنامج الصيدلة الإكلينيكية كلية الصيدلة – جامعة المنصورة
لائحة العام الجامعي/20 20
أنني ألتزم بالحضور في المقررات التالية وذلك بناءً على طلبى لفتح هذه المقررات خلال الفصل
الدراسي الصيفي/20 20

نص اللائحة: " على الطالب أن يواظب على حضور المحاضرات النظرية وحلقات النقاش والدروس العملية والتدريبات
الميدانية والإكلينيكية، ولمجلس الكلية بناءً على طلب مجالس الأقسام العلمية المختصة أن يحرم الطالب من التقدم
للامتحان التحريري النهائي إذا تجاوزت نسبة غيابه 25% من إجمالي الساعات المعتمدة لكل مقرر".

اسم المقرر

وهذا إقرار وتعهد منى بذلك

وتفضلوا سيادتكم بقبول وافر الشكر والاحترام
مقدمه لسيادتكم

اسم الطالب : كود الطالب :
التوقيع :
رقم التليفون :