



كلية طب الأسنان
FACULTY OF DENTISTRY

وزارة التعليم
جامعة نجران
كلية طب الأسنان

الرقم :

التاريخ :

المرفقات :

نموذج طلب إعادة تصحيح اختبار

(أولاً) البيانات العامة

اسم الطالب / الطالبة رباعيا : الرقم الجامعي :
الكلية : القسم :

(ثانياً) المعلومات

المعدل التراكمي : عدد الإنذارات :

(ثالثاً) بيانات المقرر

رقم المقرر : رمز المقرر : رقم الشعبة : اسم المقرر :
منسق المقرر :
الفصل الدراسي : العام الدراسي :

(رابعاً) مبررات طلب إعادة التصحيح

هل تقدمت بطلب إعادة تصحيح أوراق إجابة اختبارات أخرى هذا الفصل؟ نعم لا
هل سبق أن تقدمت بطلب إعادة تصحيح أوراق إجابة اختبار سابق؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة بنعم فهل كان القرار بالموافقة عدم الموافقة)
(أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة) التوقيع : تاريخ تقديم الطلب : / / ١٤
مصادقة المكتب الأكاديمي المختص : التوقيع : التاريخ : / / ١٤

(للاستعمال الرسمي فقط)

(خامساً) بيانات إضافية:

نهاية فترة الاختبارات النهائية : / / ١٤
تاريخ عقد الاختبار النهائي للمقرر : / / ١٤
نسبة الغياب في المقرر :
الدرجات : (الأعمال الفصلية : من ٤٠) (الاختبار النهائي : من ٦٠)

(سادساً) توصية رئيس القسم

التوقيع :

الموافقة عدم الموافقة



كلية طب الأسنان
FACULTY OF DENTISTRY

وزارة التعليم
جامعة نجران
كلية طب الأسنان

الرقم :

التاريخ :

المرفقات :

(سابعاً) قرار مجلس الكلية :

أعضاء لجنة إعادة التصحيح :

١- ٢- ٣-
عدم الموافقة :
رقم الجلسة : تاريخ الجلسة : / / ١٤ توقيع عميد الكلية :

الموافقة عدم الموافقة