

Ministry of Education

وزارة التعليم

Najran University

جامعة نجران

Faculty of Dentistry

كلية طب الأسنان



نموذج طلب إعادة تصحيح اختبار

(أولاً) البيانات العامة :

اسم الطالب / الطالبة رباعياً :

الرقم الجامعي:

القسم: الكلية:

(ثانياً) المعلومات الدراسية :

المعدل التراكمي : عدد الإنذارات:

(ثالثاً) بيانات المقرر :

اسم المقرر: رقم المقرر: رمز المقرر: رقم الشعبة:

مدرس المقرر:

الفصل الدراسي: العام الدراسي:

(رابعاً) مبررات طلب إعادة التصحيح :

هل تقدمت بطلب إعادة تصحيح اختبارات سابقة هذا الفصل؟ لا نعم :هل سبق أن تقدمت بطلب إعادة تصحيح أوراق إجابة اختبار سابق؟ نعم لا :(اذا كانت الإجابة بنعم فكم عدد الاختبارات :)

أسماء المقررات للطلبات السابقة :

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> عدم الموافقة | <input type="radio"/> بالموافقة | رمزه..... قرار اللجنة | 1- اسم المقرر..... |
| <input type="radio"/> عدم الموافقة | <input type="radio"/> بالموافقة | رمزه..... قرار اللجنة | 2- اسم المقرر..... |
| <input type="radio"/> عدم الموافقة | <input type="radio"/> بالموافقة | رمزه..... قرار اللجنة | 3- اسم المقرر..... |

(أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة) التوقيع : تاريخ تقديم الطلب : / / ١٤

صادقة المرشد الأكاديمي المختص: التوقيع: التاريخ : / / ١٤

Ministry of Education

وزارة التعليم

Najran University

جامعة نجران

Faculty of Dentistry

كلية طب الأسنان

**(للاستعمال الرسمي فقط)****(خامساً) بيانات إضافية:**

نهاية فترة الاختبارات النهائية : / /

تاريخ عقد الاختبار النهائي للمقرر : / /

نسبة الغياب في المقرر :

الدرجات : (الأعمال الفصلية) من (الاختبار النهائي) من ٦٠

(سادساً) توصية رئيس القسم :

التوقيع :

 الموافقة
 عدم الموافقة
 (سابعاً) قرار مجلس الكلية :

أعضاء لجنة إعادة التصحيح :

..... - ٣ - ٢ - ١

 الموافقة
 عدم الموافقة

رقم الجلسة : تاريخ الجلسة : / /

توقيع عميد الكلية :