

شماره: .....

تاریخ: .....



گواهی معدل دانشجویان ۲۰٪ برتر اولیه یا ۱۰٪ برتر دوم ( ویژه متقاضیان دانشگاه شاهد ) جهت پذیرش بدون آزمون استعداد درخشان مقطع کارشناسی ارشد دوره روزانه سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

به : مدیر آموزش کارشناسی و دکترای حرفه ای دانشگاه شاهد

گواهی می شود آقای/خانم \_\_\_\_\_ دارنده کد ملی شماره \_\_\_\_\_ تاریخ تولد / / \_\_\_\_\_ پذیرفته شده آزمون سراسری نیمسال \_\_\_\_\_ سال تحصیلی \_\_\_\_\_ دوره روزانه مقطع کارشناسی پیوسته رشته/گرایش \_\_\_\_\_ به شماره دانشجویی \_\_\_\_\_ با گذراندن حداقل سه چهارم واحد درسی تا پایان نیمسال ششم تحصیلی (وتابستان متصل به ترم ششم تحصیلی) تعداد \_\_\_\_\_ واحد درسی از مجموع \_\_\_\_\_ واحدهای مصوب رشته مذکور بر اساس برنامه درسی را با معدل کل \_\_\_\_\_ گذرانده و جزء بیست درصد برتر اولیه  یا ده درصد برتر دوم  کل دانشجویان هم رشته و هم ورودی خود حائز رتبه \_\_\_\_\_ از \_\_\_\_\_ نفر بوده و تا پایان نیمسال هفتم / هشتم تحصیلی حداکثر تا پایان نیمسال \_\_\_\_\_ سال تحصیلی \_\_\_\_\_ تا تاریخ \_\_\_\_\_ دانش آموخته خواهد شد/شده است .

معاون آموزشی دانشکده

نام و نام خانوادگی، مهر، امضاء