



الكلية: \_\_\_\_\_ القسم: \_\_\_\_\_

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ رقم القيد: \_\_\_\_\_

نأمل منكم الموافقة على إيقاف قبدي للفصل الدراسي: الخريف

الربيع

الصيف

للعام الدراسي: 20 / 20م للأسباب الآتية:

---

---

---

المستندات المرفقة لأسباب إيقاف القيد (إن وجدت):

---

---

---

توقيع الطالب: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20م

القرار

الموافقة بإيقاف القيد

عدم الموافقة بإيقاف القيد

أسباب عدم الموافقة:

---

---

---

مدير مكتب الدراسات العليا والتدريب بالكلية

الاسم: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

رئيس لجنة الدراسات العليا بالقسم

الاسم: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

نسخة إلى:

1- الطالب.

2- ملف الطالب بالقسم.

3- مكتب الدراسات العليا والتدريب بالكلية.

4- إدارة الدراسات العليا والتدريب بالجامعة.