** بسمه تعالی**

 **فرم تأییدیه تعیین تاریخ دفاع از پایان­نامه/رساله**

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی : رشته تحصیلی: گرایش: شماره دانشجویی : تاریخ تصویب پروپوزال در جلسه گروه : شماره جلسه : تاریخ درخواست دانشجو : تاریخ پیشنهادی دانشجو جهت دفاع: امضاء دانشجو : **"دانشجو ملزم است قبل از شروع فرایند و تکمیل فرم به اداره تحصیلات تکمیلی دانشگاه مراجعه و از عدم وجود نقص پرونده اطمینان حاصل نماید**."  | **این قسمت توسط****دانشجو تکمیل شود** |
|  | **عنوان پایان نامه/رساله:** |
|  | **تسویه حساب امور مالی:** |
|  امضاء راهنما (اول ) : امضاء راهنمای دوم :امضاء مشاور : امضاء مشاور : | **تأیید و امضاء اساتید راهنما** **و مشاور** |
| نام و نام خانوادگی کارشناس تحصیلات تکمیلی دانشکده : امضاء /مهر آموزش :  | **گزارش آموزش دانشکده****(موارد آموزشی دانشجو ی متقاضی دفاع مورد بررسی دقیق قرار گرفت و فاقد ایرادت از قبیل معدل دوره آموزشی، نمره ثبت نشده، سنوات آموزشی و... است)**  |
| ملاحضات/امضاء: |  \* اجازه دفاع: | سمت | نام و نام خانوادگی | **هیآت برگزار کننده** **جلسه دفاع** |
|  | دارد ندارد |  | 1-  |
|  | دارد ندارد |  | 2-  |
|  | دارد ندارد |  | 3-  |
|  | دارد ندارد |  | 4-  |
|  | دارد ندارد |  | 5-  |
|  | دارد ندارد |  | 6-  |
|  | دارد ندارد |  | 7- |
|  | دارد ندارد |  | 8- |
| **\* مجوز دفاع به منزله ورود به مراحل بعدی پایان نامه/رساله بوده، متضمن تأیید نهایی علمی و محتوایی آن نیست** |
|  روز : ساعت : مکان : | **تعیین تاریخ دفاع توسط مدیر گروه**  |
| نام و نام خانوادگی مدیر گروه : تاریخ : امضاء / مهر مدیر گروه:  امضاء/مهر معاون آموزشی دانشکده : | **تعیین زمان برگزاری جلسه دفاع** |
| نام و نام خانوادگی: امضاء : | **موافقت ناظر تحصیلات تکمیلی** **(با هماهنگی مدیریت تحصیلات تکمیلی)** |
| **این فرم با بررسی و نظارت مستمر مدیر گروه تکمیل شده، مسئولیت اجرای آن به عهده ایشان است** |
| نام و نام خانوادگی کارشناس: امضاء/ مهر روابط عمومی: | تایید فایل آگهی دفاعیه توسط روابط عمومی دانشگاه جهت اطلاع رسانی |
| نظر مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه :  1- قابل قبول  2- غیر قابل قبول  نوع نقص پروند: امضاء/مهر مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه : | **بررسی توسط مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه** **(2 هفته قبل از جلسه دفاع)** |