وزارة التعليم
جامعة مصراتة
إدارة المسجل العام

طلب إجراء امتحان غير مكمّـل

نموذج/ ج م 12 – 9

كلية:.....

☐ نظام سنة دراسية – العام الجامعي: .....

☐ نظام فصل دراسي:

☐ خريف ..... ☐ ربيع .....

اسم الطالب/ة :..... الجنس:.....الجنسية:.....

رقم القيـــد: ☐☐☐☐☐☐☐☐ صفة القيد: ☐ نظامي ☐ منتسب القسم العلمي:.....

الرقم الوطني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

نأمل منكم الموافقة على إجراء امتحان غير مكمل في المواد التالية:

ت	رمز المقرر	اسم المقرر	أستاذ المادة	التوقيع
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

المرفقات: (المستندات التي تعزز الموافقة على طلب إجراء امتحان غير مكمّل).

اسم الطالب: ..... التوقيـــــع: ..... التاريـــــخ: / /

رئيس القسم العلمي

الاسم:.....

التوقيع .....

التاريخ: / /

رئيس لجنة الامتحانات والمراقبة

الاسم:.....

التوقيع .....

التاريخ: / /