|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نموذج زيادة وقت الامتحان للطلبة ذوي الإعاقة بنسبة 50% من وقت الامتحان** | **رقم النموذج** | DSA-04-07-01 |
| **رقم وتاريخ الإصدار** |  2/3/24/2022/2963 5/12/2022  |
| **رقم وتاريخ المراجعة أو التعديل** | 2(9/7/2023) |
| **رقم قرار اعتماد مجلس العمداء** | 2/3/24/2023/3010 |
| **تاريخ قرار اعتماد مجلس العمداء** | 2/10/2023 |
| **عدد الصفحات** | 01 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم****الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم****الأستاذ الدكتور عميد كلية/مدير مركز .................................... المحترم****تحية طيبة وبعد،****فاستناداً إلى الكتاب رقم 2/3/24/2013/1475 (المرفق صورة عنه) المتضمن مراعاة ظروف الطلبة ذوي الإعاقة من خلال زيادة مدة الامتحانات لهم بمعدل نصف ساعة للامتحانات المكتوبة وإعطاء مدة (50%) زيادة على وقت الامتحانات المحوسبة.****أرجو التكرم بالإيعاز لأعضاء هيئة التدريس المبين أسماؤهم في الجدول أدناه لزيادة وقت الامتحان للطالب: ................................... رقمه الجامعي: ................. نوع الإعاقة: ............................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم المساق** | **رقــم المساق** | **الشعبة** | **مدرس المادة** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**طلب تسهيلات أخرى للطالب: ..............................................................................................................................................................................****وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،،،** **عميد شؤون الطلبة****.......................................****نسخة: مديرة دائرة الإرشاد الطلابي** |