**به نام خدا** شماره ...…………………

**فرم شماره ۱**

تاریخ ……………………

**فرم گواهی دانشجوي ممتاز مقطع کارشناسی (مخصوص دانشجویان دانشگاه گیلان)**

**ویژه متقاضیان پذیرش برگزیدگان علمی دوره کارشناسی پیوسته براي ورود به دوره کارشناسی ارشد**

**) بدون آزمون سال ۱400( دانشگاه گیلان**

از: دانشکده......................................................

به: دفتر استعداد درخشان دانشگاه گیلان

**ویژه دانشجویان کارشناسی پیوسته:**

گواهی می‏شود خانم/آقاي ...................................................... فرزند ............................................... به شماره شناسنامه ...........................کد ملی .................................متولد سال ...........۱۳ ورودی نیمسال ....... سال تحصیلی ............در رشته ..................گرایش ................مقطع کارشناسی پیوسته با معدل کل ............. و رتبه .......... در بین ........نفر در نیمسال .........سال تحصیلی ...............پس از گذراندن ........... نیمسال تحصیلی با گذراندن ............ واحد درسی (حداقل سه چهارم واحد درسی از ........... کل واحد درسی) به لحاظ میانگین کل جزو پانزده درصد برتر 🞎 / ده درصد برتر بعدی 🞎 در بین دانشجویان هم‏رشته و هم‏رودي(مجموع دوره روزانه و شبانه) خود می‏باشد و طی هشت نیمسال حداکثر تا ۳۱/۰۶/۱۳۹۹ فارغ‏ التحصیل می‏شود/ شده است. مراتب صرفاً جهت اطلاع دانشگاه گیلان صادر شده و فاقد ارزش ترجمه می‏باشد.

 معاون آموزشی دانشکده

 نام و نام خانوادگی، امضا و مهر