



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

### معاونت آموزشی - آموزش کل

#### واحد انفورماتیک

اینجانب : ..... دانشجوی رشته ..... با شماره دانشجویی ..... رضایت کامل

مبني بر دسترسي والدينم به سامانه هم آوا جهت مشاهده کارنامه تحصیلی خود را داشته و

همچنین در صورت مشروطی و افت تحصیلی این دانشگاه مجاز به ارسال نامه کتبی جهت اطلاع

والدینم می باشم.

**امضاء و اثر انگشت دانشجو :**