

فرم درخواست کارگروه فرعی رفع اختلاف



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
مدیریت امور حقوقی

تاریخ وصول درخواست: _____

شماره همراه: _____

نام و نام خانوادگی دینفع: _____

نام پدر: _____

کد ملی: _____

محل کار: _____

وضعیت اشتغال: _____

نشانی محل سکونت: _____

ایمیل: _____

آیا در سامانه ثنا ثبت نام نموده اید: _____

طرف شکایت: _____

موضوع خواسته: _____

مستندات و ضمایم: _____

شرح شکایت: _____

امضا و اثر انگشت: _____