



دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

کارگروه فرعی رفع اختلاف ماده ۱۵ قانون اصلاح قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری (موضوع تبصره های ۳ و ۴ و ۵ الحاقی به ماده ۱۶ قانون دیوان عدالت اداری)

تاریخ وصول درخواست:

شماره درخواست:

نام پدر:

نام و نام خانوادگی ذینفع:

وکیل یا نماینده قانونی:

وضعیت اشتغال و نشانی محل اشتغال:

نشانی محل سکونت، شماره همراه و ایمیل:

کد ملی:

آیا در سامانه ثنا ثبت نام نموده‌اید:

طرف شکایت:

موضوع خواسته:

مستندات و ضمائم:

شرح شکایت :

امضاء، اثر انگشت و تاریخ:

ادامه شرح شکایت:

امضاء، اثر انگشت و تاریخ: