

مشخصات اشخاص حقیقی :		
۱- نام و نام خانوادگی :	۲- نام پدر :	۳- شماره شناسنامه :
۴- کد ملی :	۵- محل صدور : استان :	۶- تاریخ تولد :
۴-۱- کد پستی :	شهرستان :	روز ماه سال
۷- میزان تحصیلات :	۸- شغل :	۹- محل اشتغال :
۱۰- آدرس محل اشتغال :		تلفن :
۱۱- آدرس محل سکونت :		تلفن :
۱۲- وضعیت خاص <input type="checkbox"/> خانواده شهید <input type="checkbox"/> جانباز <input type="checkbox"/> آزاده <input type="checkbox"/> رزمنده <input type="checkbox"/> روشندل <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> بی سرپرست <input type="checkbox"/> یتیم <input type="checkbox"/> روحانی <input type="checkbox"/>		

مشخصات اشخاص حقوقی :		
۱- نام شرکت :	۲- شماره ثبت :	۳- زمینه اصلی فعالیت :
۴- نام و نام خانوادگی :	کد ملی	تلفن :
۵- آدرس پستی شرکت :	کد پستی	تلفن :
۶- آدرس پست الکترونیک شرکت :	دورنگار :	

- نام دستگاه یا واحد سازمانی مورد شکایت :

- آیا در رابطه با شکایت یا درخواست خود مدارکی دارید ؟  بلی  خیر  تعداد برگ ضمیمه شده است .

- آیا در مراجع دیگر نیز اقدام به شکایت یا درخواست نموده اید ؟  بلی  خیر

- نتیجه شکایت یا درخواست : تعداد برگ ضمیمه شده است .

- آیا سابقه طرح شکایت یا درخواست از این دانشگاه را داشته اید ؟  بلی  خیر

- آیا شکایت یا درخواست شما پیرامون موضوع قبلی مجدداً تکرار شده است :  بلی  خیر

- آیا از نحوه پاسخگویی دستگاه در مورد شکایت یا درخواست قبلی خویش راضی هستید ؟  بلی  خیر

- تاریخ درج شکایت یا درخواست در مرحله قبل : ( / / ) نام مرجع :  
 دانشگاه  شبکه بهداشت و درمان  رئیس بیمارستان  استانداری  فرمانداری  وزارتخانه یا سازمان

خلاصه موضوع یا شکایت :

تاریخ : امضاء یا اثر انگشت

شماره ورود به دفتر دبیرخانه اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات : تاریخ : فرم رسید تحویل شد  تحویل نشد

هموطن گرامی توجه فرمائید : طرح شکایت در مراجع بالاتر منوط به عدم پاسخگویی در وعده مقرر یا عدم رضایت از پاسخ دریافتی در مراجع پائین تر است . در صورتی که شکایت یا درخواست ابتدا در مراجع بالاتر مطرح شود ، برای رسیدگی به مراجع ذیربط ارجاع خواهد شد .