



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

کارگروه فرعی اختلاف تبصره ۴ ماده ۱۶ قانون دیوان عدالت اداری

تاریخ وصول درخواست:

شماره درخواست:

نام و نام خانوادگی: نام پدر:

کد ملی:

وکیل یا نماینده قانونی:

۱- وضعیت اشتغال (مشغول به فعالیت / بازنشسته):

۲- عنوان شغلی:

۳- نشانی محل اشتغال:

نشانی دقیق محل سکونت:

شماره همراه:

تاریخ تولد: / /

آیا در سامانه ثنا ثبت نام نموده اید؟

طرف شکایت: دانشگاه علوم پزشکی تهران

موضوع خواسته:

مستندات و ضمائم:

شرح شکایت:

امضاء و اثر انگشت و تاریخ: