

فرم شکایات یا درخواست مردمی

فرم شماره ۱ صفحه یک

مشخصات اشخاص حقیقی :	
۱- نام و نام خانوادگی :	۲- نام پدر
۳- شماره شناسنامه	۴- کد ملی:
۵- محل صدور استان:	۶- تاریخ تولد:
۷- کد پستی:	روز ماه سال
۸- شغل :	۹- محل اشتغال
۱۰- آدرس محل اشتغال	تلفن
۱۱- آدرس محل سکونت:	تلفن
۱۲- وضعیت خاص : خانواده شهدا <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"/> تحت پوشش مرکز امدادی <input type="checkbox"/>	
مشخصات اشخاص حقوقی	
۱- نام شرکت :	شماره ثبت:
۲- نام و نام خانوادگی مدیرعامل:	۳- زمینه اصلی فعالیت
۴- آدرس پستی شرکت :	تلفن
۵- آدرس پست الکترونیکی شرکت :	تلفن
۶- نام دستگاه یا واحد سازمانی مورد شکایت :	دورنگار
آیا در رابطه با شکایت یادخواست خود مدارکی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا در مراجع دیگر نیز اقدام به شکایت یادخواست نموده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نتیجه شکایت یادخواست برگ ضمیمه شده است . آیا سابقه طرح شکایت یادخواست ار این دستگاه راداشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا شکایت یادخواست شما پیرامون موضوع قبلی مجدداً تکرار شده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا از نحوه پاسخگویی دستگاه درمورد شکایت یادخواست قبلی خویش راضی هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ درج شکایت یادخواست در مرحله قبل : فرمانداری <input type="checkbox"/> واحد اجرایی استان <input type="checkbox"/> استاتداری <input type="checkbox"/> وزارتخانه یا سازمان <input type="checkbox"/>	
خلاصه موضوع :	
شماره ثبت	تاریخ
امضای اثر انگشت	
تاریخ	
هموطن گرامی توجه فرمایید طرح شکایت در مراجع بالاتر منوط به عدم پاسخگویی در موعد مقرر یا عدم رضایت از پاسخ دریافتی در مراجع پایین تر است در صورتی که شکایت یا درخواست ابتدا در مراجع بالاتر مطرح شود برای رسیدگی به مراجع ذیربط ارجاع خواهد شد.	

این قسمت توسط شاکی یا متقاضی تکمیل میشود

