


| | | |
|--|---------------------------|--|
| کد مدرک: F-HR-۱۱۸-۰۱ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۴/۲۶ صفحه ۱ از ۱ | فرم اعتراض (آزمون) |  کار آفرینان آوا سلامت |
|--|---------------------------|--|

| مشخصات شرکت کننده در آزمون | | |
|----------------------------|-------------|--------|
| نام و نام خانوادگی: | کد ملی: | |
| دانشگاه/دانشکده: | رشته شغلی: | |
| تاریخ آزمون: | تلفن همراه: | Email: |

« نکات قابل توجه »

- به اطلاع می‌رساند درخواست شما صرفاً در یکی از موارد مربوطه (سه مورد ذکر شده در درخواست) قابل بررسی و انجام خواهد بود.
- حداکثر زمان ارسال درخواست در هر مرحله تا پایان مهلت مقرر شده می‌باشد.
- به درخواستهای بی‌اساس، بی‌مورد و یا اطلاع از نمرات سایر شرکت کنندگان پاسخی داده نخواهد شد.
- ارسال تصویر کارت ملی به همراه فرم تکمیل شده الزامی می‌باشد.
- درج کلیه اطلاعات مشخصات شرکت کننده در آزمون (موارد جدول فوق الذکر) جهت پیگیری الزامی می‌باشد.
- درخواست پس از تکمیل، به همراه تصویر کارت ملی به آدرس ایمیل: azmon.avasalamat@gmail.com ارسال گردد.
- ذکر ایمیل معتبر (مربوط به فرد درخواست کننده) و شماره همراه صحیح جهت ارسال پاسخ الزامی است.
- پاسخ درخواست در صورت تایید کمیته آزمون از طریق همین ایمیل به درخواست کننده ارسال خواهد شد.

درخواست

شرایط آزمون
 نمره کتبی آزمون
 نمره مصاحبه

متن درخواست:

تاریخ و امضاء