کارآفرینان آوا سلامت	فرم اعتراض (آزمون)	کد مدرک: F-HR-۱۱۸-۰۱ تاریخ بازنگری: ۹۷/۱۰/۱۱ صفحه ۱ از ۱

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 می رساند درخواست شما صرفاً در یکی از موارد مربوطه (سه مورد ذکر شده در درخواست) قابل بررسی و انجام خواهد بود.
- حداکثر زمان ارسال درخواست اعتراض شش ماه بعد از اعلام نتایج نهایی در پورتال موسسه می باشد.
- به درخواستهای بی اساس، بی مورد، مدت زمان بالای شش ماه و یا اطلاع از نمرات سایر شرکت کنندگان پاسخی داده نخواهد شد.
- ارسال تصویر کارت ملی به همراه فرم تکمیل شده الزامی می باشد.
- درج کلیه اطلاعات مشخصات شرکت کننده در آزمون (موارد جدول فوق الذکر) جهت پیگیری الزامی می باشد.
- درخواست پس از تکمیل، به همراه تصویر کارت ملی به آدرس ایمیل: avaslasg@gmail.com ارسال گردد.
- ذکر شماره همراه صحیح (همان شماره همراه درج شده در زمان ثبت نام) و ایمیل معتبر و 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