

کد مدرک: F-HR-118-01
تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۴/۲۶
صفحه ۱ از ۱

فرم اعتراض (آزمون)



کارآفرینان 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 بی اساس، بی مورد 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