

تاريخ التظلم: / / م		تاريخ البت في الطلب: / / م	
الجهة المقدم إليها الطلب			
بيانات المتظلم			
الاسم:		الرقم المدني:	
رقم الهاتف:		مركز العمل:	
البريد الالكتروني:			
موضوع التظلم			
أسباب التظلم			
المستندات المؤيد للتظلم			
اسم المتظلم:		التوقيع:	
اشعار استلام التظلم			
الجهة:		موضوع التظلم:	
تاريخ تقديم الطلب:		الموظف المختص:	
المدة اللازمة للرد على التظلم خلال 60 يوم		توقيع الموظف المختص:	
نتيجة التظلم: <input type="radio"/> قبول <input type="radio"/> رفض		أسباب الرفض:	