



فرم طرح گزارش

شماره پیگیری:

تاریخ: ساعت:

مدیریت بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

نام واحد:

مشخصات گزارش

مشخصات و سمت گزارش شونده: نام واحد یا محل خدمت گزارش شونده:

شرح گزارش

پیوست دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

تعداد: برگ و صفحه

امضاء

تاریخ

نتیجه بررسی گزارش: ☐ حق با گزارش دهنده نبود ☐ حق با گزارش دهنده بود ☐ ارجاع پرونده به مراجع ذیصلاح داخلی جهت بررسی ☐

در صورتی که حق با گزارش دهنده باشد: ☐ ارجاع به هیئت بدوی ☐ ارجاع به مدیریت بازرسی دانشگاه ☐ ارجاع به اداره حقوقی ☐

☐ ارجاع به حراست دانشگاه ☐ سایر: