



## فرم طرح گزارش

شماره پیکری: .....

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: .....

۴

### 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: .....