

الدولة الإسلامية

ولاية نينوى / مكتب شؤون المجاهدين

العدد:

١٤ / /

التاريخ:

٢٠ / /

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة الشكوى

اسم المشتكى الكامل:
الكنية:
مكان العمل:
أسماء الشهود:

اسم المشتكى: احمد جابر
كنية: ربه بيت

اسم المشتكى عليه:
الكنية:
مكان العمل:
اسم المسؤول المباشر:

اسم المشتكى عليه: احمد جابر
كنية: ربه بيت

نص الشكوى

الجدد

Area for the text of the complaint, currently blank.

ملاحظة: لا تؤخذ الشكوى بعين الاعتبار ما لم يذكر المشتكى معلوماته.

مسؤول

مكتب شؤون المجاهدين

الدولة الإسلامية

ولاية نينوى / مكتب شؤون المجاهدين

العدد:

١٤٢٦ / ٢ / ٥٥

التاريخ:

٢٠١٥ / ١٢ / ٨

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة الشكوى

اسم المشتكى الكامل:
الكنية:
مكان العمل:
أسماء الشهود:

أحمد مسلمان
زوجة - زوجة اخ مصقول في سبله

اسم المشتكى عليه:
الكنية:
مكان العمل:
اسم المسؤول المباشر:

جبريل عثمان
ابو غائب / جراح
احمد اخنوخ / دكتور / سبله

نص الشكوى

الحمد لله
كنا خارجين من بيت انا وام الزبير

ملاحظة: لا تؤخذ الشكوى بعين الاعتبار ما لم يذكر المشتكى معلوماته.

مسؤول

مكتب شؤون المجاهدين