

الولاية للإستراتيجية

ولاية نينوى / مكتب مؤثر من الجاهدين

العدد:

١٤ / /

التاريخ:

٢٠ / /

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة الشكوى

اسم المشتكى الكامل: [REDACTED]
الكنية: [REDACTED]
مكان العمل: [REDACTED]
اسماء الشهود: [REDACTED]

اسم المشتكى عليه: [REDACTED]
الكنية: [REDACTED]
مكان العمل: [REDACTED]
اسم المسؤول المباشر: [REDACTED]

أبجد محمد أبو بكر
شروط العمل بخدمته

نص الشكوى

الحدود

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

مسؤول

مكتب شؤون المجاهدين