

استشهاد محلی



دانشگاه کردستان

معاونت آموزشی

و تحصیلات تکمیلی

اینجانبان امضاء کنندگان زیر گواهی می دهیم: دانشنامه دائم / گواهینامه موقت صادره از به شماره

دانشجویی..... مورخ..... متعلق به خانم / آقای.....

فرزند..... دارای شناسنامه شماره صادره از..... متولد..... ساکن

شهر..... خیابان..... کوچه..... شماره..... مفقود شده است.

۱- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر اول :

امضاء

۲- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر دوم :

امضاء

۳- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر سوم :

امضاء

نشانی:

سنندج، بلوار پاسداران

صندوق پستی:

۱۵۱۷۵-۶۶۱۷۷

تلفن:

۰۸۷-۳۳۶۲۴۰۱۴