



ماهیت موضوع	موضوع شکایت	موضوع درخواست	مرحله درج شکایت یا درخواست
<input type="checkbox"/> شکایت	<input type="checkbox"/> ۱) تخلفات اداری کارکنان	<input type="checkbox"/> ۱) کمک و مساعدت	<input type="checkbox"/> فرمانداری
<input type="checkbox"/> درخواست	<input type="checkbox"/> ۲) اشکالات مدیریتی	<input type="checkbox"/> ۲) امور درمانی، آموزشی و فرهنگی	<input type="checkbox"/> واحد اجرایی استان
<input type="checkbox"/> پیشنهاد	<input type="checkbox"/> ۳) نقص شرح وظایف، قوانین و مقررات	<input type="checkbox"/> ۳) اشتغال	<input type="checkbox"/> استانداری
<input type="checkbox"/> گزارش	<input type="checkbox"/> ۴) فساد اداری	<input type="checkbox"/> ۴) امور عمومی	<input type="checkbox"/> دانشگاه علوم پزشکی
	<input type="checkbox"/> ۵) عدم وجود یا کمبود امکانات و خدمات عمومی	<input type="checkbox"/> ۵) امور خصوصی	<input type="checkbox"/> نهاد ریاست جمهوری

مصادیق شکایت		مصادیق درخواست	
<input type="checkbox"/> ۱-۱) برخورد نامناسب با ارباب رجوع	<input type="checkbox"/> ۱-۲) عدم توانایی یا سوء مدیریت	<input type="checkbox"/> ۱-۱) وام و تسهیلات بانکی	<input type="checkbox"/> ۳-۴) بازگشت به کار
<input type="checkbox"/> ۲-۱) تبعیض و اعمال سلیقه شخصی	<input type="checkbox"/> ۳-۲) عدم اطلاع رسانی صحیح و به موقع	<input type="checkbox"/> ۲-۱) کمک مالی بلاعوض	<input type="checkbox"/> ۳-۵) از کار افتادگی و بازنشستگی
<input type="checkbox"/> ۳-۱) نقض یا عدم اجرای قوانین و مقررات	<input type="checkbox"/> ۱-۳) نقص یا اشکالات موجود در قوانین	<input type="checkbox"/> ۳-۱) تحت پوشش مراکز امدادی	<input type="checkbox"/> ۳-۶) احتساب سنوات (بیمه و غیره)
<input type="checkbox"/> ۴-۱) تأخیر یا عدم انجام وظایف قانونی	<input type="checkbox"/> ۲-۳) نامناسب بودن روش های اجرایی	<input type="checkbox"/> ۱-۲) دارو، درمان و تجهیزات پزشکی	<input type="checkbox"/> ۳-۷) افزایش حقوق
<input type="checkbox"/> ۵-۱) ارائه خدمات نامناسب	<input type="checkbox"/> ۱-۴) درخواست یا دریافت رتبه	<input type="checkbox"/> ۲-۲) دفترچه بیمه خدمات پزشکی	<input type="checkbox"/> ۴-۱) اصلاح قوانین و مقررات
<input type="checkbox"/> ۶-۱) عدم حضور مسئولین مربوط در محل کار	<input type="checkbox"/> ۲-۴) اختلاس یا تبانی در معاملات دولتی	<input type="checkbox"/> ۳-۲) امور تحصیلی (انتقال، ثبت نامو ...)	<input type="checkbox"/> ۴-۲) زمین و مسکن (خرید، رهن، اجاره)
<input type="checkbox"/> ۷-۱) عدم راهنمایی مناسب	<input type="checkbox"/> ۳-۴) سوء استفاده از موقعیت شغلی	<input type="checkbox"/> ۴-۲) تعیین درصد جانبازی	<input type="checkbox"/> ۴-۳) عمران شهری و روستایی
<input type="checkbox"/> ۸-۱) عضویت در گروه ها و احزاب غیر قانونی	<input type="checkbox"/> ۱-۵) عدم وجود امکانات رفاهی مناسب	<input type="checkbox"/> ۱-۳) اشتغال به کار	<input type="checkbox"/> ۴-۵) تسهیلات عمومی و صدور مجوزها
	<input type="checkbox"/> ۲-۵) سایر موارد	<input type="checkbox"/> ۲-۳) امکانات برای ایجاد اشتغال	<input type="checkbox"/> ۵-۱) امور سجلی و گذرنامه ای
		<input type="checkbox"/> ۳-۳) امور پرسنلی	<input type="checkbox"/> ۵-۲) امور نظام وظیفه

ایا شکایت، درخواست، پیشنهاد یا گزارش شاکی یا متقاضی در مرحله قبل طرح شده است:  بلی  خیر

علت درخواست تجدید نظر:

عدم رضایت شاکی یا متقاضی از پاسخ دریافت داشته

عدم پاسخگویی به شاکی یا متقاضی در زمان معین

تاریخ درج شکایت یا درخواست قبلی ...../...../.....

**نظریه کارشناسی:**

نظریه:  قابل اقدام  غیر قابل اقدام

علت یا استناد قانونی:

تاریخ: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ امضاء

نظریه رئیس اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات:

تاریخ: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ امضاء

نظریه ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس:

تاریخ ارسال پاسخ به شاکی یا متقاضی و سایر مراجع ذیربط ...../...../.....

## فرم شکایت یا درخواست مردمی

«صفحه یک»

نام کارشناس مربوطه:

تاریخ:

شماره:

مشخصات اشخاص حقوقی		
۱- نام شرکت:	۲- شماره ثبت:	۳- زمینه اصلی فعالیت:
۴- نام و نام خانوادگی مدی عامل:	کد ملی:	تلفن:
۵- آدرس پستی شرکت:	کد پستی:	تلفن:
۶- آدرس پست الکترونیکی شرکت:		دورنگار:
<p>نام واحد سازمانی مورد شکایت :</p> <p>- آیا در رابطه با شکایت یا درخواست خود مدارکی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> برگ ضمیمه شده است</p> <p>- آیا در مراجع دیگر نیز اقدام به شکایت یا درخواست نموده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام مرجع :</p> <p>- نتیجه شکایت یا درخواست ..... برگ ضمیمه شده است.</p> <p>- آیا سابقه طرح شکایت یا درخواست از این دستگاه را داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا شکایت یا درخواست شما پیرامون موضوع قبلی مجدداً تکرار شده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>- آیا از نحوه پاسخگویی دستگاه در مورد شکایت یا درخواست قبلی خویش راضی هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ درج شکایت یا درخواست در مرحله قبل: روز ..... ماه ..... سال .....</p> <p>فرمانداری <input type="checkbox"/> واحد اجرایی استان <input type="checkbox"/> استانداری <input type="checkbox"/> وزارتخانه یا سازمان <input type="checkbox"/></p>		
<p style="text-align: right;"><b>خلاصه موضوع:</b></p>		
<p><b>تاریخ :</b> امضاء یا اثر انگشت</p>		
<p>هموطن گرامی توجه فرمایید: طرح شکایت در مراجع بالاتر منوط به عدم رضایت از پاسخ در مراجع پایین تر است. در صورتی که شکایت یا درخواست ابتدا در مراجع بالاتر مطرح شود، برای رسیدگی به مراجع ذیربط ارجاع خواهد شد.</p>		