

جامعة أسوان

كلية الطب

إدارة الموارد البشرية

إقرار الحالة الاجتماعية للتأمين الصحي الشامل

الاسم /

الوظيفة /

الدرجة /

الحالة الاجتماعية /

م	أسماء أفراد الأسرة	درجة القرابة	تاريخ الميلاد	المهنة	ملاحظات
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					
١١					
١٢					
١٣					
١٤					
١٥					
١٦					
١٧					
١٨					
١٨					
٢٠					

إقرار

أقر أنا بأن البيانات الموضحة بالجدول عالية
صحيحة وتحت مسؤوليتي وان البيانات الموضحة من واقع بطاقتي العائلية وكون مسؤولاً
مسئولية إدارية إذا اثبت عدم صحة البيانات موضوع هذا القرار الموضح بعالية

وهذا إقرار مني بذلك

يعتمد

توقيع المقر

تحريراً في: / / ٢٠ م