إقرار

|  |  |
| --- | --- |
| الاســم:  | الوظيفة:  |
| جهة العمل: كلية الصيدلة | الجنسية:  |

أقر وأتعهد أنا الموضح اسمه وبياناته أعلاه بأنه في حالة عدم تجديد عقدي للعام الدراسي 14هـ/ 14هـ. إرجاع تذاكر العودة لي ولأفراد أسرتي للجامعة وعلى ذلك أوقع.

 الاسـم :

 التاريخ :

 التوقيع :