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 :