



دانشگاه رازی
مدیریت حراست

شماره:
تاریخ:
پوست:
طبیعتنامی:

فرم بازیمنی تصاویر دوربین های مدارسی اداره کل حراست دانشگاه رازی

نام: شماره خانوادگی: شماره ملی: شماره دانشجویی / پرسنلی:

شماره تلفن ثابت: شماره همراه: آدرس:

از ساعت: مورخه: تا ساعت: مورخه: تاریخ: از روز:

موقعیت مکانی دوربین:

خلاصه شرح موقعاً:

امضاء
نام و نام خانوادگی:
تاریخ: / /

دستور مسؤول حفاظت فیزیکی:

امضاء
نام و نام خانوادگی:
تاریخ: / /

نتیجه بررسی کارشناس مرکز نظارت تصویری:

امضاء
نام و نام خانوادگی:
تاریخ: / /

تاییده گزارش توسط مدیریت حراست:

امضاء
نام و نام خانوادگی:
تاریخ: / /