بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

استشهاد محلی جهت دریافت مدرک المثنی

اینجانبان امضا کنندگان زیر گواهی می دهیم: دانشنامه دائم/ گواهی نامه ی موقت صادره از:

به شماره مورخ متعلق به آقای/ خانم

فرزند دارای شماره شناسنامه صادره از متولد

به آدرس کامل

مفقود شده است.

1-نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر اول

امضاء

2- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفر دوم

امضاء

3- نام و نام خانوادگی و نشانی محل سکونت نفرسوم

امضاء

محل تایید دفاتر اسناد رسمی