**إستمارة طلب التلقيح**

**ضد كوفيد 19 (Covid19)**

**اللقب : ...............................................................................................................................................**

**الإسم : ...............................................................................................................................................**

**السن : .......................................**

**الصفة : أستاذ موظف**

**رقم الهاتف : ......................................... البريد الإلكتروني : ..............................................................**

**أفراد العائلة المراد تلقيحهم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اللقب و الإسم** | **الصفة (زوجة/زوج/أبن..)** | **السن** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**إمضاء المعني**