**السنة الجامعية:202\*-202\***

**طلب تغطية تكاليف مناقشة الأطروحة (\*)**

**(\*) يودع هذا الطلب في أجل خمسة عشر يوما كحد أدنى قبل موعد المناقشة**

**المشرف على الأطروحة: ………………………………………………**

**المختبر: ………………………………………………………………**

**الاسم الكامل للمرشح(ة): ………………………….……………………**

**تاريخ المناقشة.………………………………………… ………………**

**أعضاء لجنة المناقشة**

**- - -**

**- - -**

**- - -**

**- - -**

**- - -**

* **الوقت: الغذاء العشاء**

**توقيع المشرف على الاطروحة توقيع السيد رئيس المؤسسة او من ينوب عنه**

**مرفق: إشعار المناقشة**