

استمارة طلب ترشيح

(١) معلومات عن مقدم الطلب

الاسم	السجل المدني	رقم الجوال	آخر مؤهل دراسي	تاريخه
نوع الوظيفة	مسمى الوظيفة	جهة العمل الحالية	بداية الخدمة في الدولة	
<input type="checkbox"/> خدمة مدنية / <input type="checkbox"/> تشغيل ذاتي			هـ / /	

(٢) معلومات عن الطلب

ابتعاث خارجي ايفاد داخلي تدريب خارجي (برنامج تدريبي مدته تتراوح من ٦ أشهر إلى سنة دراسية ولا ينتهي بمؤهل)

التخصص/عنوان البرنامج	الدرجة العلمية	الجهة التعليمية/التدريبية	الدولة/مقر الدراسة أو التدريب
نوع البرنامج	مدة البرنامج	تاريخ البداية	تكلفة الدراسة/التدريب

هل أنت مسجل حالياً في أي برنامج دراسي أو متقدم لبرنامج ؟ نعم (وفي حالة الإجابة بنعم الرجاء ذكر *..). لا

اسم البرنامج	الجهة التعليمية	تاريخ الالتحاق

(٣) إقرار مقدم الطلب

(خاص بموظفي الخدمة المدنية)

اتعهد أنا الموظف الموضح بياناتي أعلاه بالموافقة على التحول المؤسسي في حال اقراره لدى ملاكي الوظيفي سواء اثناء سريان قرار ايفادي/ ابتعاثي او بعد نهايته نظرا لعلمي المسبق بتوجه الوزارة الى التحول المؤسسي في جميع قطاعاتها الصحية.

الاسم : التوقيع:

(خاص بموظفي التشغيل الذاتي) في حال تحمل الموظف الرسوم الدراسية

أتعهد أنا الموقع اسمي أدناه بأن أتحمل كافة الرسوم المالية المترتبة على التحاق بالبرنامج اعلاه لكامل مدة الدراسة والمحافظة على أوقات سداد الرسوم في الجهة التعليمية والالتزام بدفع المصاريف الدراسية في حينها وفي حالة مخالفة ذلك فأنا للوزارة الحق في استيعادي من البرنامج الدراسي أو التدريبي وحسم ما تبقى من مبالغ لم يتم سدادها من راتي الشهري.

الاسم : التوقيع:

أقربأني أطلعت على كافة الشروط والضوابط والتعليمات الخاصة بالترشيح وأن جميع المرفقات في الطلب مكتملة ومطابقة للأصول وفي حال عدم اكتمالها سيتم استبعاد الطلب، وأن التقديم لا يعتبر موافقة نهائية حتى صدور القرار.

مقدم الطلب : الاسم : التوقيع:

(٤) موافقة أصحاب الصلاحية

موافقة المدير المباشر:	الاسم :
مدير المستشفى/ المركز الصحي/ الإدارة	التوقيع :
موافقة مدير الشؤون الأكاديمية والتدريب ب:	الاسم :
المنطقة/المحافظة	التوقيع :
موافقة الإدارة المختصة ب:	الاسم :
المنطقة / المحافظة	التوقيع :
اعتماد مدير عام / مدير الشؤون الصحية ب المنطقة / المحافظة	الاسم :
مدير عام بديوان الوزارة	التوقيع :
	التاريخ :
	الختم