

نموذج طلب الموافقة للمشاركة بالأعمال التطوعية

	الرقم الوظيفي	متعاقد <input type="radio"/> مدني <input type="radio"/> عسكري <input type="radio"/>	الفئة الوظيفية
--	---------------	---	----------------

الاسم الأول	الاب	الجد	العائلة	السجل المدني
المرتبة / الرتبة	الرقم العام / الوظيفي	الوظيفة	الجوال	البريد الإلكتروني
القسم	التخصص	التخصص الدقيق (أن وجد)	المؤهل العلمي	التوقيع
مسمى النشاط التطوعي		اسم الجهة		
عدد ساعات العمل التطوعي		طبيعة العمل التطوعي	فترة العمل التطوعي	
مدير القسم / الإدارة		مدير المستشفى		
<input type="radio"/> اوصي	<input type="radio"/> لا اوصي	<input type="radio"/> أوصي	<input type="radio"/> لا أوصي	
المرتبة / الرتبة	المرتبة / الرتبة	الاسم	الاسم	
الاسم	الاسم	التوقيع	التوقيع	

الشروط والمسوغات :-

- ١- عدم مشاركة أي ممارس صحي سواء (عسكريين / خدمة مدنية / تشغيل ذاتي) بأي عمل تطوعي إلا بعد أخذ الموافقة المسبقة من صاحب الصلاحية .
- ٢- تكون المشاركة في العمل التطوعي ضمن اختصاص الممارس الصحي وفي الجمعيات ذات العلاقة بالعمل الطبي والصحي .
- ٣- يتم إكمال بيانات هذا النموذج بالحاسب (يمكن تعبئته من موقع الخدمات الطبية الإلكترونية) .
- ٤- أرفاق مؤشر الأداء الوظيفي لآخر عامين .