

- اسم الموظف :
- رقم الهوية :
- المسمى الوظيفي :
- التخصص :
- الدرجة المهنية :
- جهة العمل :
- المديرية/المنطقة الصحية :
- رقم التصنيف المهني :
- تاريخ سريان التصنيف :
- مقر العمل :
- نوع الوظيفة :
- نسبة بدل الندرة المطلوبة :
- تاريخ الاستحقاق / / :

إقرار الموظف:

أقر بصحة البيانات والمعلومات الواردة في هذا الطلب، وأتني أمارس التخصص الموضح أعلاه فعليًا، وأتحمل مسؤولية صحة المستندات والبيانات المقدمة.

- اسم الموظف :
- التوقيع :
- التاريخ / / :

اعتماد الرئيس المباشر:

- الاسم :
- المسمى الوظيفي :
- التوقيع :

اعتماد إدارة الموارد البشرية:

- الاسم :
- التوقيع والختم :