|  |  |
| --- | --- |
| **البيانات الشخصية** | **الاسم رباعي**............................ **جهة العمل ..**......................... **المحافظة** ...........................**الوظيفة**...........................**الرقم الوظيفي ( ) المرتبة ( ) رقم الجوال** ........................ |
| **خاص بالموظف** | **سعادة عميد / مدير** ................................................................................ **المحترم****السلام عليكم ورحمة الله وبركاته****ارغب السماح لي بإجازة وضع لمدة** (  **) يوم اعتباراً من تاريخ / / 14هـ التوقيع**.............. |
| **موافقة الرئيس المباشر** | **الاسم**: ................................................**الوظيفة**: .........................**التوقيع**: ...................... |
| **اعتماد صاحب الصلاحية** | **الاسم**: .............................................. **الوظيفة:** ......................... **التوقيع:** ..................... |
| **إدارة شؤون الموظفين** | **اسم الموظف المختص بقسم الاجازات**: ............................................. **التوقيع**: ....................... |
| **شروط الحصول على الاجازة** | * **أصل تبليغ الولادة من المستشفى.**
* **صورة من دفتر العائلة.**
* **سعودية (70) يوم كحد اعلى من تاريخ الولادة.**
* **غير سعودية (45) يوما كحد اعلى من تاريخ الولادة**
 |

**طلب اجازه وضع**