المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia

 وزارة التعليم Ministry of Education

جامعة الحدود الشمالية Northern Border University

 كلية الطب College of Medici

وحدة الامتياز Internship Unit

 **نموذج طلب إجازة**

|  |
| --- |
| **تاريخ تقديم الطلب : يوم** .................................... **التاريخ: / / 14هـ الموافق : / / 20م** |
| **تعبأ من قبل ( طبيب/ طبيبة الإمتياز)** | **الإســم :** |  | **الرقم الجامعي:** |  |
| **رقم الجوال :** |  | **السجل المدني:** |  |
| **البريد الإلكتروني :** |  |
| **فترة الأمتياز :** |  **ابتداء من: / / 14هـ إلى : / / 14هـ** **الموافق من : / / 20مـ إلى : / / 20م** |
|  |
| **الدورة الحالية :**  | **دورة**:............................................................. **قسم:**..............................**نوع الدورة : ۝ اختيارية ۝ رئيسيه**  |
| **تاريخ بداية الدورة** | **من: / / 14هـ الموافق : / / 20م** |
| **تاريخ نهاية الدورة** | **إلى : / / 14هـ الموافق : / / 20م** |
|  |
| **سعــادة :** ...................................................................................................................  **الموقر**  **السلام عليكم ورحمة الله وبركاته , وبعد :** **أرغب السماح لي بإجازة : ۝ اضطراريه ۝ اعتياديه**  **وذلك لمدة (** ...........................**) يوم / أيام** **من يوم**  ........................ **تاريخ :**  ........../........../.........**14هـ الى :**:......../......./........**.14هـ** **الموافق:** .........../........../.........**20م الى** :........./......../........**20 م****الإســم:** ..................................................... **التوقيع :** .................................**التاريخ:** ........../.........../........**14هـ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **موافقة القــــسم** |  **۝ مع المــوافقة ۝ عدم الموافـــقة** **الإسم:** ...................................................**التوقيع**:......................**الختم:**....................**التاريخ**:......../.........../..........**14هـ** |
| **وحدة الامتياز** | **عدد أيام التمتع خلال الدورة الحالية** ( ...........................................)**الرصيد المتبقي** (..........................................)**الإسم** ................................................... **التوقيع** ............................................... **التاريخ :**......../.........../...........**14هـ** |
| **رئيس مكتب الامتياز** | **الإسم :** .................................................**التوقيع**:......................**الختم:**......................**التاريخ**:......../.........../..........**14هـ** |
| **\_ لا يحق ( لطبيب –طبيبة ) الامتياز التمتع بإجازته إلا بعد موافقة صاحب الصلاحية.****\_بعد توقيع صاحب الصلاحية ترسل لمكتب أطباء الامتياز .** |