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 .** | |