** طلب أو قطع أو تمديد إجازة رعاية مولود ( أمومة)**

نموذج رقم ( 2 )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات عن عضو هيئة التدريس** | يعبأ النموذج الكترونيا ويرسل بصيغة pdf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الاسم |  | مدة الإجازة رقما |
| الدرجة العلمية | اختيار عنصر. |  |
| رقم المنسوب |  | هل سبق أن تمتعتي بإجازة رعاية مولود |
| المقر | اختيار عنصر. |
| نوع الطلب | اختيار عنصر. | لا  | ▢ | نعم | ▢ |
| تاريخ بداية الإجازة | / / 144 - / / 202 | إذا كانت الإجابة (نعم) اكتبي المدة |
| تاريخ نهاية الإجازة | / / 144 - / / 202 | من |  | إلى |  |
| تاريخ ميلاد المولود | / / 144 - / / 202 | من |  | إلى |  |
| نوع الوثيقة المقدمة مع الطلب | اختيار عنصر. | من |  | إلى |  |
| جهة العمل الفعلية |  |
| التوقيع |  |

 |
| **موافقة الرئيس المباشر** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | لا مانع من منحها الإجازة المطلوبة إذا كانت مستحقة نظاماً |
|  | لا أوافق على منحها الإجازة المطلوبة | السبب |  |

المسمى الوظيفي : ........................................................................... الإسم : .......................................................................... التــــــوقــــــــــــــــــــيع: ........................................................................... التاريخ: / / 14هـ  |
| **موافقة صاحبة الصلاحية** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | لا مانع من منحها الإجازة المطلوبة إذا كانت مستحقة نظاماً |
|  | لا أوافق على منحها الإجازة المطلوبة | السبب |  |

المسمى الوظيفي : ........................................................................... الإسم : .......................................................................... التــــــوقــــــــــــــــــــيع: ........................................................................... التاريخ: / / 14هـ  |
| **شؤون الموظفات** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وتستحق المذكورة الإجازة المطلوبة. |
|  | المعلومات المذكورة أعلاه غير صحيحة ولا تستحق المذكورة الإجازة المطلوبة | السبب |  |

الموظفة المختصة/ الاسم: ........................................................ التوقيع: ..................................... التاريخ: / / 14هـعميد شؤون أعضاء هيئة التدريس والموظفين / الاسم: ..................................... التوقيع: ............. التاريخ: / / 14هـ |

* يعباً النموذج ويرسل قبل التمتع بالإجازة بمدة لا تقل عن شهر .
* إرفاق تبيلغ الولادة أو شهادة الميلاد.
* مراعاة المادة ( 22) فقرة ( ب ) من لأئحة الاجازات في موقع وزارة الخدمة المدنية : ـ
1. (إذا رغبت الموظفة التفرغ لرعاية مولودها فيجوز لها الحصول على فترة أو فترات أجازة أمومه مدتها ( ثلاث سنوات ) كحد أعلى طوال خدمتها في الدولة بربع الراتب بعد نهاية إجازة الوضع .
2. أن يكون منح هذه الإجازة للموظفة خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل .
3. ( للجهة الإدارية تأجيل منح هذه الأجازة لمدة لا تتجاوز(60) يوماً من تاريخ تقديم الطلب إذا إقتضت مصلحة العمل ذلك ) ويجوز تمديد فترة الإجازة بشرط موافقة الجهة الإدارية في نظاق حدها الأعلى المشار إليه أعلاه .