** 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: / / 14هـ  عميد 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 .