**توجيه ومباشرة أعضاء هيئة التدريس ومن في حكمهم للعمل بالمستشفى**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم** |  | **الرقم الوظيفي** |  | **الرتبة العلمية** |  |
| **التخصص العام** |  | **التخصص الدقيق** |  |
| **رقم بطاقة التصنيف المهني** |  | **تاريخ الانتهاء** |  |
| **العبء المقرر نظاماً** |  | **العبء المقرر الأساسي** |  |

**سعادة رئيس قسم** ....................................................................................................................................................................................................................................................... **سلمه الله**

آمل من سعادتكم التكرم بالرفع بتوجيهي للعمل بإحدى المنشآت الصحية لممارسة تخصصي وصرف بدل التفرغ وفرق الساعات المقررة نظاماً مع التزامي بما يلي:

1. مزاولة المهنة في المنشأة الصحية بحسب التخصص.
2. أداء (8) ساعات أسبوعياً بالمنشأة الصحية إضافة لمهامي بالجامعة.
3. تم استكمال النصاب. نعم ( ) لا ( ) .
4. إرفاق شهادة التصنيف والتسجيل المهني.

توقيع صاحب الطلب

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الاسم |  | التوقيع |  | التاريخ | ........../............ /..........14هـ |

**سعادة عميد** ...................................................................................................................................................................................................................................................................... **سلمه الله**

 موافق. غير موافق. بسبب: ...............................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رئيس القسم | الاسم: | التوقيع |  | التاريخ | ........../............ /..........14هـ |

**سعادة مدير** ...................................................................................................................................................................................................................................................................... **سلمه الله**

 نوجه لسعادتكم عضو هيئة التدريس الموضحة بياناته أعلاه للعمل لديكم، علماً بأن هذا التوجيه لا يترتب عليه أي مخصصات أو مكافآت مالية من قبلكم.

كما نأمل من سعادتكم إشعارنا في حال عدم التزامه بالبنود الموضحة أعلاه أو توقفه عن العمل.

وتقبلوا خالص التحية والتقدير،

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عميد الكلية** | **الاسم** |  | **التوقيع** |  | الختم الرسمي |

**سعادة عميد كلية**............................................................................................................................................................................................................................................................. **سلمه الله**

اشارة الى ما ورد اعلاه نفيدكم بأن الدكتور/ ...................................................................................................... المتضمنة بياناته أعلاه قد باشر عمله بقسم ............................................................................................................................................. وذلك بتاريخ ............/.............. /...............14هـ، نأمل الإحاطة.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرئيس المباشر** | **الاسم** |  | **التوقيع** |  |
| **مدير المنشأة الصحية** |  |  |
|  | الختم الرسمي |

**سعادة مدير إدارة الموارد البشرية سلمه الله**

نأمل من سعادتكم التكرم باتخاذ ما يلزم نحو صرف بدل التفرغ بنسبة ......... % المقررة بناءً على ما ذُكر أعلاه اعتبارا من تاريخ ............/.............. /...............14هـ.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عميد الكلية** | **الاسم** |  | **التوقيع** |   |
|  | الختم الرسمي |