**طلب موافقة الرئيس على برنامج نقل المعرفة**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **البيانات الشخصية** | **الاسم رباعي** | الاسم رباعي | | | | | | | | | | **آخر مؤهل علمي** | المؤهل العلمي |
| **السجل المدني** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **التخصص** | التخصص |
| **البريد الالكتروني** | البريد الالكتروني | | | | | | | | | | **تاريخ الحصول عليه** | تاريخ المؤهل |
| **الجوال** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **التحويلة** | رقم التحويلة |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **البيانات الوظيفية** | **جهة العمل**  **(وكالة – عمادة – إدارة – كلية)** | جهة العمل | **القسم أو الوحدة** | انقر لإدخال نص | |
| **المسمى الوظيفي** | انقر لإدخال المسمى | **تقدير تقييم الأداء لآخر سنتين** | | |
| **المسمى الفعلي** | انقر لإدخال المسمى | التقدير | | التقدير |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مجالات التدريب** | **نوع المجال التدريبي** | المجال التدريبي | **مدة الممارسة** | المدة |
| **نوع المجال التدريبي (اختياري)** | المجال التدريبي | **مدة الممارسة** | المدة |
| **توقيع الموظف بالموافقة على التدريب بالممارسة** | | التوقيع | |

**يستكمل هذا الحقل من الرئيس المباشر**

**سعادة د. مديرة الإدارة العامة للموارد البشرية حفظها الله**

**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:**

**نـرفق لكم طلب ترشيح الموظف الموضح اسمه ومـعلوماته أعلاه لممارسة نقل المعرفة للمجال التدريبي المشار إليه, ونفيدكم بموافقتنا على الترشيح وعلى صحة ما تضمنته البيانات.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الرئيس المباشر:** | **المسمى الوظيفي:** | **التوقيع:** |

**الختم:**