

الاسم رباعي			
البيانات الوظيفية	الكلية/ جهة العمل	رقم الملف الوظيفي	
	القسم الأكاديمي	المرتبة العلمية	
البيانات الأكاديمية	آخر مؤهل علمي	☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه	
	التخصص العام	التخصص الدقيق	
مرئيات الكلية	❖ التقدم لصرف بدل التفرغ للأطباء.		
	❖ النصاب التعليمي.		
	موافق ☐	غير موافق ☐	
	مكتمل ☐	غير مكتمل ☐	
	رئيس القسم/.....	التوقيع.....	
	عميد الكلية/.....	التوقيع.....	
اعتماد المستشفى	لديه شهادة التصنيف والتسجيل المهني، ورخصة مزاولة المهنة سارية المفعول. ☐ نعم ☐ لا		
	تاريخ مباشرة العمل بالمستشفى / / ١٤٤٤ الموافق / / ٢٠٢٢م		
	متقيد بمواعيد العمل بالمستشفى ☐ نعم ☐ لا		
	التأكد من عدم صرف أي مقابل لعضو هيئة التدريس من قبل المستشفى الذي يباشر به. ☐		
	مدير المستشفى		التوقيع.....
عمادة الموارد البشرية	بناءً على ما تقدم به الموضح بياناته/بياناتها أعلاه بطلب صرف بدل التفرغ للأطباء، وحيث أنه: ☐ استوفى متطلبات صرف البديل. ☐ لم يستوفِ متطلبات صرف البديل.		
	عليه نوجه باستكمال اللازم.		
	مدير إدارة عمليات الموارد البشرية الأكاديمية/.....	التوقيع.....	
	عميد عمادة الموارد البشرية/.....	التوقيع.....	
المرفقات	• صورة من الجدول الدراسي . • صورة من مواعيد، وعدد ساعات العمل بالمستشفى . • صورة من شهادة التصنيف المهني، ورخصة مزاولة المهنة.		