

طلب نقل بالتبادل داخل المنطقة نموذج رقم (٢)

البيانات الوظيفية للموظف (أ) - صاحب الطلب الأساسي	البيانات الوظيفية الحالية للموظف (ب) الموافق على التبادل
الاسم:	الاسم:
البرنامج:	البرنامج:
الفئة:	الفئة:
المؤهل:	المؤهل:
مسمى الوظيفة: المستوى () الدرجة ()	مسمى الوظيفة: المستوى () الدرجة ()
رقم الوظيفة:	رقم الوظيفة:
تاريخ التعيين: الراتب:	تاريخ التعيين: الراتب:
العمل الفعلي:	العمل الفعلي:
تقييم الأداء الوظيفي عن آخر سنة * :	تقييم الأداء الوظيفي عن آخر سنة * :
توقيع الموظف: التاريخ:	توقيع الموظف: التاريخ:
تدقيق البيانات بجهة عمل الموظف (أ)	تدقيق البيانات بجهة عمل الموظف (ب)
اسم الموظف المختص:	اسم الموظف المختص:
الوظيفة:	الوظيفة:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:
موافقة جهة عمل الموظف (أ)	موافقة جهة عمل الموظف (ب)
الاسم:	الاسم:
الوظيفة:	الوظيفة:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:
الختم:	الختم:
موافقة مدير التشغيل الذاتي بالمنطقة	موافقة مدير عام / مدير الشؤون الصحية
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:
الختم:	الختم:
إجراءات إدارة التشغيل الذاتي بالمنطقة / المحافظة	
١ - إعداد قرار النقل.	
٢ - توقيع قرار النقل من قبل مدير عام/مدير الشؤون الصحية بالمنطقة أو المحافظة.	
٣ - إرسال صورة من قرار النقل لكلا البرنامجين.	

*يرفق نموذج تقييم الأداء الوظيفي عن آخر سنة