

HR14

## استمارة طلب تخفيض ساعات العمل

( ساعة روضة - الحامل اعتباراً من الشهر السادس - موظف ذوى الهمم - موظف لديه ولد ذوى الهمم )

طبقاً لنص المادة ٤٦ من القانون رقم ٨١ لسنة ٢٠١٦ بشأن الخدمة المدنية  
والمادة ١٣١ من لائحته التنفيذية وقانون الطفل والقرارات والتعليمات المعمول بها

بيانات مقدم الطلب			
جهة العمل /			
الاسم رباى /			
الرقم القومى /			
المسمى الوظيفى /		المستوى الوظيفى /	
المجموعة الوظيفية /			
بيانات التعديل			
البداية : / / ٢٠		النهاية : / / ٢٠	
تاريخ الطلب / / ٢٠		توقيع مقدم الطلب	
مراجعة جهة العمل على صحة البيانات			
موافق <input type="checkbox"/>		السبب : غير موافق <input type="checkbox"/>	
الموظف المختص	المراجع	مدير الإدارة	التاريخ / / ٢٠
رأى عميد الكلية / مدير الجهة			
موافق <input type="checkbox"/>		السبب : غير موافق <input type="checkbox"/>	
التوقيع			
مراجعة الموارد البشرية بالجامعة			
البيانات صحيحة ومستوفاه			
الموظف المختص	المراجع	المدير العام	
موافقة السلطة المختصة			
أمين الجامعة المساعد للشئون الإدارية		أمين عام الجامعة	
يعتمد ،،			

النموذج المعد لهذا الغرض موقع

صورة شهادة ميلاد الطفل

تقرير من التأمين الصحى للحامل فى الشهر السادس

استمارة البيانات موقعة ومختومة

صورة بطاقة الرقم القومى سارية

كارنيه ذوى الهمم للشخص أو ابنه

المستندات المطلوبة

ملاحظات: