



استمارة طلب تخفيض ساعات العمل (بمقدار ساعة)

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

صورة شهادة ميلاد الطفل

تقرير من التأمين الصحى للحامل فى الشهر السادس

استمارة البيانات موقعة ومختومة

صورة بطاقة الرقم القومي سارية

كارنيه ذوى الهمم للشخص أو ابنه

المستندات المطلوبة

ملاحظات: