قطاع الشؤون الإدارية

قسم الدوام / إدارة شؤون العاملين

نموذج طلب تخفيف ساعات العمل

(الحامل في الشهر السادس / المرضع / مجلس طبي / ذوي الإعاقة / المكلف برعاية ذوي الإعاقة)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاســـم** |  | | | | | | | | | | | |
| **الرقم المدني** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الإدارة** | إدارة الصيانة لأجهزة التحكم - قسم الصيانة بمركز التحكم الوطني | | | | | | | | | | | |
| **القطاع** | مراكز المراقبة والتحكم والرقابة | | | | | | | | | | | |

* **أرغب في تخفيف ساعات العمل:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الحامل في الشهر السادس | المرضع | | مجلس طبي | |
| بداية الدوام (بواقع ساعتين) | تاريخ: | | إلى تاريخ: | |
| نهاية الدوام (بواقع ساعتين) | تاريخ: | | إلى تاريخ: | |
| بداية الدوام (بواقع ساعة) ونهاية الدوام (بواقع ساعة) | | تاريخ: | | إلى تاريخ: |

* **أرغب في تخفيف ساعات العمل:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ذوي الإعاقة | المكلف برعاية ذوي الإعاقة |  |
| بداية الدوام (بواقع ساعتين) | تاريخ: | تاريخ: |
| نهاية الدوام (بواقع ساعتين) | تاريخ: | تاريخ: |

**توقيع الموظف / الموظفة:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **توقيع المسؤول المباشر** | **توقيع مدير الإدارة** | **اعتماد وكيل القطاع** |

**خاص بقسم الدوام:**

|  |  |
| --- | --- |
| ملاحظات قسم الدوام: |  |
|  | توقيع موظف قسم الدوام |

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

ملاحظات:

* ضرورة تعبئة جميع البيانات أعلاه بشكل صحيح وإرسال النموذج فقط بالتراسل الالكتروني.
* الالتزام بالمدة المحددة لتخفيف ساعات العمل (للحامل والمرضع والمجلس الطبي)، وغير قابلة للتعديل.
* لا يسمح بتجزئة المدة لذوي الإعاقة والمكلفين برعايتهم.
* ضرورة إرفاق الآتي (تقرير طبي للحامل بالشهر السادس - شهادة ميلاد الطفل للمرضعة - كتاب المجلس الطبي - كتاب الهيئة العامة لشؤون ذوي الإعاقة).