

نموذج طلب إجازة

الاسم	الرقم الوظيفي	
مركز العمل	الهاتف الداخلي/ الجوال	
تاريخ بداية الإجازة	تاريخ انتهاء الإجازة	
<p>أنواع الإجازات</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> إجازة اعتيادية</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة طارئة (عارضة)</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة لرعاية الأمومة</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة الوفاة (التعزية)</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة العدة</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة صيفية</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة لمرافقة الطفل المريض بالمستشفى (رعاية طفولة)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة بدون مرتب قصيرة (15 يوم)</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة بدون مرتب طويلة</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة لرعاية الأسرة بدون مرتب</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة لرعاية الطفل بدون مرتب</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة خاصة لمرافقة الزوج/ الزوجة</p> <p><input type="checkbox"/> إجازة مرافق زوج/ زوجة (الدبلوماسي)</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى</p> </div> </div>		
تاريخ تقديم الطلب	توقيع مقدم الطلب	
المسؤول المباشر	المسؤول الأعلى	

خاص بإدارة الموارد البشرية

ملاحظات (إن لزم):

.....

.....

.....

اعتماد إجازة خاصة بدون مرتب قصيرة (15 يوم)

الموظف المختص	المدقق القانوني	الرئيس المباشر
الاسم: التاريخ: التوقيع:	الاسم: التاريخ: التوقيع:	الاسم: التاريخ: التوقيع:
مدير إدارة الموارد البشرية		أمين عام الجامعة
الاسم: التاريخ: التوقيع:		الاسم: التاريخ: التوقيع:

Leave Request Form

Name		Employee ID No.	
Department		Ext. No./ Mobile	
Beginning Date		Ending Date	
Type of Leaves			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Annual Leave <input type="checkbox"/> Contingency Leave <input type="checkbox"/> Motherhood Leave <input type="checkbox"/> Funeral Leave <input type="checkbox"/> Idda Leave <input type="checkbox"/> Summer Leave <input type="checkbox"/> Childcare Leave </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Short Unpaid Leave (15 days) <input type="checkbox"/> Long Unpaid Leave <input type="checkbox"/> Family Care Unpaid Leave <input type="checkbox"/> Unpaid Childcare Leave <input type="checkbox"/> Spouse Leave <input type="checkbox"/> Spouse Leave (Diplomat) <input type="checkbox"/> Other </div> </div>			
Request Date		Applicant's Signature	
Direct Supervisor's		Head Supervisor's	

For Administration of Human Resource

Notes (if required):

.....

.....

.....

Short Unpaid Leave (15 days) Approval

Employee in Charge	Legal Auditor	Direct Supervisor
Name: Date: Signature:	Name: Date: Signature:	Name: Date: Signature:
Head of Administration of Human Resources		University Secretary General
Name: Date: Signature:		Name: Date: Signature: