



## محضر توفير الكفاءات بأسلوب (العمل الجزئي)

إداري  صحي

بيانات الجهة طالبية الخدمة		اسم الجهة طالبة الخدمة	
المدينة	الهاتف	الفاكس	
الاسم الرباعي لعضو هيئة التدريس / الطبيب / الموظف الذي سيقوم بتقديم الخدمات الاستشارية		اللقب	الاسم
الكلية / الإدارة	القسم	التخصص	الجد
الدرجة الوظيفية	( ) استاذ ( ) استاذ مشارك ( ) استاذ مساعد ( ) طبيب استشاري ( ) طبيب اخصائي ( ) موظف اداري	الرقم الوظيفي	الجوال
<input type="checkbox"/>	مكافأة المستشار يستلمها من الجهة طالبة الخدمة	<input type="checkbox"/>	مكافأة المستشار يستلمها من المعهد
عدد الساعات في الشهر الواحد	( ) ساعة	إجمالي عدد الأشهر	( ) شهر
تبدأ من تاريخ	/ / م	وتنتهي بتاريخ	/ / م
تعهد: أتعهد أنا عضو هيئة التدريس/ الطبيب / الموظف والموضحة بياناتي أعلاه بأن التزم بتقديم الخدمات الاستشارية بأسلوب العمل الجزئي بما لا يتعارض مع ما يتم تكليفي به من أعباء أكاديمية أو إكلينيكية أو إدارية			
التوقيع			

الموافقة على عمل المستشار الموضحة بياناته أعلاه بنظام العمل الجزئي على أن يتحمل كامل أعباءه الأكاديمية أو الإكلينيكية أو الإدارية بالجامعة	<input type="checkbox"/>
عدم الموافقة	<input type="checkbox"/>
رئيس القسم / مدير الإدارة	اعتماد عميد الكلية / .....
التوقيع	التوقيع
الاسم: .....	الاسم: .....

اعتماد عميد معهد البحوث والاستشارات	الإعتماد
عميد معهد البحوث والاستشارات	
التوقيع	
أ.د/ أحمد بن صالح العبد الوهاب	