

كلية التجارة - بورسعيد

قسم شؤون هيئة التدريس

اقرار قيام وعودة

من أجازة :

الاسم :

الوظيفة :

تاريخ القيام بالاجازة :

تاريخ العودة من الاجازة :

مدة الاجازة :

نوع الاجازة :

أقر بأننى قد استأنفت العمل يوم : الموافق : / / ٢٠٠٠
وهو اليوم الاول بعد اجازتى الممنوحة لى وقدرها يوماً .

وهذا إقرار منى بذلك . . .

توقيع عضو هيئة التدريس

رئيس القسم

شؤون هيئة التدريس

يعتمد ،،،

عميد الكلية

أ.د. /

كلية التجارة - بورسعيد

قسم شؤون هيئة التدريس

اقرار قيام بالعمل بوظيفة "

الاسم :
الوظيفة :
القسم :
رقم وتاريخ قرار التعيين :
جهة صدور القرار :

أقر أنا :
يوم : الموافق : / / ٢٠٠٠ وموضح عالية البيانات اللازمة .

المقرباً فيه

رئيس القسم

شؤون هيئة التدريس

يعتمد ،،،

عميد الكلية

أ.د. /

بيانات عضو هيئة التدريس

الاسم :-

تاريخ الميلاد :-

الاسم :-

الدرجة :- الوظيفة :-

جهة العمل :-

القسم :-

التخصص العام :- التخصص الدقيق :-

العنوان :-

الرقم القومى :-

رقم التليفون :- رقم المحمول :-

اسم الزوج / الزوجة :-

تاريخ الزواج :-

الوظيفة :-

عدد الأبناء :-

الاسم	تاريخ الميلاد
:- ١	
:- ٢	
:- ٣	

Email :-



أقرار الحالة الاجتماعية

- الاسم: □ الدرجة:
- القسم: □ التخصص الدقيق:
- الحالة الاجتماعية: □ الرقم التأميني:
- الموقف من التجنيد: □ الكلية:
- عنوان محل الإقامة:
- رقم التليفون: | رقم المحمول:

بيان بحالة من هم في ولايته

م	الاسم	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	الوظيفة

(أقر بأن البيانات بعالية صحة ومثل حالتي الخاصة والاجتماعية في أول عام وتطابق الواقع والتي أستحق بمنزلةاها البلاغ والإعانات المقررة لذلك أتعهد بإخطار جهة العمل عن أي تغييرات نظرا " في حالتي الخاصة والاجتماعية مما يترتب عليه تعديل هذه البيانات خلال ثلاثون يوما " من حدوثها وإذ تبين أي خطأ في هذه البيانات أو ترقب عليها حصولي على أموال بدون وجه حق فإنني أوافق على استقطاعها من مرتبي شهريا في الحدود المقررة لذلك وبدون إخطار مسبق) .

وهذا إقرار مني بذلك

(.....)

يعتمد

أمين الكلية

(أ/.....)

مكتب:
محافظة:

إخطار تحديد المستفيدين
من التعويض الإضافي ومنحة الوفاة

رقم التأمين:

اسم المؤمن عليه
تاريخ ميلاد المؤمن عليه
اسم صاحب العمل

نسبة الإستحقاق		درجة القرابة إن وجدت	النوع	إسم المستفيد
بالأرقام	بالحروف			

أقر أنا/..... بأننى أرغب فى صرف مبلغ التعويض الأضافى للمستفيدين
الموضحين بعاليه وبنسب الإستحقاق الموضحة قرين كل منهم •
ومبلغ منحة الوفاة الى وصفته وصفته

المؤمن عليه..... صاحب العمل.....

تاريخ التسجيل / / ٢٠٠ م رقم صفحة السجل

يعتمد

شئون أعضاء هيئة التدريس

امضاء المؤمن عليه

خاتم شعار الدولة



إقرار حالة اجتماعية

الإسم : تاريخ الميلاد : / /

الوظيفة الحالية :

الرقم القومي / صورة الرقم القومي :

العنوان الحالي :

الحالة الاجتماعية : متزوج / غير متزوج

عدد الأبناء ومن يعولهم :

إسم الزوج / الزوجة :

الوظيفة الحالية للزوج / الزوجة :

جهة العمل :

عدد الزوجات وبياناتهم :

أقر أنا الموقع أدناه ، بأن البيانات السابق ذكرها صحيحة ، وفي حالة التغيير يتم إبلاغ

جهة العمل بذلك التغيير.

وهذا على مسئوليتي الشخصية

وهذا إقرار مني بذلك ،،

المقر بهما فيه