**ترشيح منسق لمنصة التطوع الصحي**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **الكلية** |
|   | **الاسم الرباعي للمنسق** |
|  | **رقم الهوية الوطنية** |
|   | **البريد الالكتروني** |
|  | **رقم الجوال** |
|  | **المسمى الوظيفي** |
| **إقرار المنسق** |
| **اتعهد بأن البيانات المسجلة بالنموذج صحيحة.**  |
| **أتعهد بأن يتم طلب إضافة الفرص التطوعية بالمنصة قبل موعد تنفيذ الفرصة بعشرة أيام.**  |
| **الالتزام برفع تقارير دورية في حال تم طلبها من قبل إدارة خدمة المجتمع والعمل التطوعي أو الجهات ذات العلاقات.**  |
| **التقيد بالنماذج التي يتم ارسالها من قبل إدارة خدمة المجتمع والعمل التطوعي.** |
| **الالتزام بتوجيهات إدارة خدمة المجتمع والعمل التطوعي وفق أنظمة وتعليمات المنصة.**  |
| **اتعهد انه في حال مخالفتي لهذه البنود يتم مسألتي قانونياً واتخاذ الإجراءات النظامية بحقي.**  |
| **اعتماد صاحب الصلاحية بالجهة** |
|  | **المنصب** |
|  | **الاسم**  |
|  | **التوقيع**  |