**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** |