|  |  |
| --- | --- |
| اسم الموظف الرباعي |  |
| البريد الالكتروني الرسمي للموظف |  |
| تاريخ الميلاد |  |
| اسم الإدارة |  |
| رقم الهوية الوطنية |  |
| رقم الجوال |  |

**نموذج طلب صلاحية / ..................**

**(الشروط والتعليمات)**

1. يتعهد المستخدم للنظام بالمحافظة على سرية الوثائق والمعلومات**.**
2. عمليات التعديل والإلغاء تعني قدرة المستفيد على قيام بتعديل او إلغاء أي عمليات سابقة. لذا يفضل اقتصار ذلك على أشخاص محددين.
3. الموظف مسؤول عن استخدام الصلاحيات المصرح له بها وبهذا يتحمل جميع مايترتب من نتائج سوء الاستخدام.
4. يجب على الموظف إخطار الجهات المسؤولة عن النظام في حال تركه للعمل.
5. للاستفسار التواصل عبر إرسال رسالة إلى [ecare@etimad.sa](mailto:ecare@etimad.sa) أو الاتصال على الرقم: 920002299

تم الإطلاع على التعليمات اعلاه وعلى ذلك جرى التوقيع.

اسم الموظف :................................ التوقيع....................... التاريخ : / / 14هـ

صاحب الصلاحية :................................ التوقيع....................... التاريخ : / / 14هـ

الختم