****

**نموذج طلب نقل**

**لوظائف الفئة الأولى والثانية والثالثة**

**الرقم الوظيفي :-00000000000000000000000000000000**

**الرقم الوطني :- 00000000000000000000000000000000**

**الجزء الأول : معلومات عامة عن الموظف**

**الاسم:-00000000000000000000000000000000 تاريخ التعيين:000000000000000**

**المسمى الوظيفي :- 0000000000000000 تاريخ مباشرة العمل في الموقع الحالي :- 0000000**

**مركز العمل : إدارة 00000000000000 مديرية صحة محافظة الطفيلة . مركز صحي / مستشفى 00000000000**

**المحافظة :- 000000000000000000 اللواء :-000000000000000000000**

**الدرجة الحالية :00000000000000000000000000**

**المؤهل العلمي :-000000000000000000000000000000 التخصص :-000000000000000000000**

**تاريخ الطلب :-000000000000000000000000000 توقيع صاحب الطلب :000000000000000000000**

**العقوبات التي أوقعت على الموظف خلال ثلاث سنوات وتاريخها**

**000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000**

**الجزء الثاني :- معلومات تتعلق بالمكان المطلوب النقل إليه .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **داخل المحافظة**  | **مركز صحي**  | **خيار أول**  | **خيار ثاني**  |
|  |  |
| **مستشفى** | **خيار أول**  | **خيار ثاني**  |
|  |  |
| **خارج المحافظة**  | * **العاصمة**
 | * **الزرقاء**
 | * **البلقاء**
 | * **الكرك**
 | * **معان**
 | * **الطفيلة**
 |
| * **العقبة**
 | * **عجلون**
 | * **جرش**
 | * **اربد**
 | * **المفرق**
 | * **مأدبا**
 |
| **موقع آخر** | * **إدارة الشؤون المالية**
 | * **إدارة المستشفيات**
 | * **إدارة التأمين الصحي**
 | * **إدارة الخدمات**
 | * **إدارة المالية**
 | * **إدارة التخطيط**
 | * **إدارة الرعاية الصحية**
 |

**الجزء الثالث :- معلومات تتعلق برأي مسؤول الموظف**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الرأي**  | **موافق** | **غير موافق** | **التوقيع** |
| **رأي رئيس المركز**  |  |  |  |
| **رأي رئيس القسم**  |  |  |  |
| **رأي المدير** |  |  |  |

**ملاحظات :- 00000000000000000000000000000000000000000000000000000**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **موظف الفئة الأولى**  | **موافق**  | **غير موافق**  | **التوقيع**  |
| **داخل محافظة** | **تنسيب المساعد الإداري لمدير الصحة**  |  |  |  |
| **قرار مدير صحة الطفيلة**  |  |  |  |
| **خارج المحافظة**  | **تنسيب مدير صحة محافظة الطفيلة** |  |  |  |
| **قرار مدير إدارة مديريات الصحة**  |  |  |  |

 **الجزء الرابع :- التنسيب والقرار وفق أحكام نظام الخدمة المدنية**

 **النقل من المستشفى إلى المركز يعامل معاملة النقل خارج المحافظة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **موظف الفئة الثانية / الثالثة**  | **موافق**  | **غير موافق** | **التوقيع** |
| **تنسيب أو قرار مدير صحة الطفيلة**  |  |  |  |
| **قرار مدير إدارة مديريات الصحة**  |  |  |  |

 **مدير إدارة مديريات الصحة :000000000000000000 التوقيع :-00000000000000000000**