****

**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**