**استمارة طلب الترشيح للإيفاد الداخلي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات عن مقدم الطلب** | | | | | | | | |
| **نوع العقد** | | | | | | | | |
| **خدمة مدنية** | | | | **تشغيل ذاتي** | | | | |
| **الاسم الرباعي** | | | | | **رقم السجل المدني** | | | **الرقم الوظيفي** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| **البريد الإلكتروني الوزاري** | | | | | **رقم الجوال** | | | **مسمى الوظيفة** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| **الملاك الوظيفي** | | **جهة العمل الحالية** | | | **تاريخ بداية الخدمة** | | | **التخصص الحالي** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | انقر أو اضغط لإدخال تاريخ. | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| **آخر مؤهل دراسي** | **جهة التخرج** | | **تاريخ التخرج** | | | **التقدير في الشهادة** | | |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |
| **رقم التسجيل المهني في الهيئة السعودية للتخصصات الصحية** | | | | | **تاريخ انتهاء التسجيل المهني** | | | **تقييم الأداء الوظيفي لأخر سنة** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| **معلومات عن الطلب** | | | | | | | | |
| **المؤهل الجديد** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **التخصص الجديد** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **الجهة التعليمية/التدريبية** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **مكانها** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **مدة الدارسة** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **تاريخ بداية الدراسة** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **تكلفة الدراسة لكل فصل دراسي / سنوي** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **التكلفة الإجمالية للدراسة** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **هل سبق لك الانسحاب من أي برنامج؟** | **نعم** | | | | **لا** | | | |
| **في حالة الإجابة بنعم إكمال البيانات التالية:** | **اسم البرنامج** | | **الجهة المنفذة والمكان** | | **تاريخ الالتحاق** | | **تاريخ الانسحاب** | |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | |
| **المبررات** | **1 -** انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | | **2 -** انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | | |
| **إقرارات مقدم الطلب** | | | | | | | | |
| **أ / التعهد المالي لمنسوبي الخدمة المدنية أو التشغيل الذاتي بتحمل الموفد الرسوم التدريبية / الدراسية:**  **أتعهد أنا الموقع أدناه بأن أتحمل كافة الرسوم المالية المترتبة على التحاقي بالبرنامج أعلاه خلال مدة التدريب / الدراسة والالتزام بسداد الرسوم في الجهة التعليمية في موعدها المحدد.** | | | | | | | | |
| **ب/ التعهد المؤسسي لمنسوبي الخدمة المدنية:**  **أتعهد أنا الموقع أدناه بالموافقة على التحول المؤسسي في حال إقراره لدى ملاكي الوظيفي سواءً أثناء سريان قرار إيفادي أو بعد نهاية فترة الايفاد نظراً لعلمي المسبق بتوجه وزارة الصحة إلى التحول المؤسسي في جميع قطاعاتها الصحية.** | | | | | | | | |
| **ج/ التعهد الإداري لمنسوبي التشغيل الذاتي:**  **أتعهد أنا الموقع أدناه بأن أعمل على برنامج التشغيل الذاتي بأحد المنشآت الصحية التابعة لتجمع مكة المكرمة الصحي للمدة النظامية المطالب بها.** | | | | | | | | |
| **د / التزام العمل بعد انتهاء مدة الإيفاد:**  **أتعهد أنا الموقع أدناه بالالتزام بالعمل في أي قطاع من قطاعات وزارة الصحة في أي موقع تراه الوزارة لمدة تعادل مدة الإيفاد، وفي حالة رغبتي الانتقال إلى جهة أخرى غير وزارة الصحة أتعهد بدفع جميع التكاليف التي تحملتها الوزارة أثناء مدة الإيفاد، وذلك حسب ما نصت عليه لائحة الإيفاد للدراسة بالداخل الصادرة بالأمر السامي البرقي (7/ب/3834) في (24/03/1421هـ).** | | | | | | | | |
| **هـ / إقرار بصحة المعلومات:**  **أقر أنا الموقع أدناه بأني اطلعت على كافة الشروط والضوابط والتعليمات الخاصة بالإيفاد وأن جميع المرفقات في الطلب مكتملة ومطابقة للأصول وفي عدم اكتمالها سيتم استبعاد الطلب وأن التقديم لا يعتبر موافقة نهائية حتى صدور قرار الإيفاد.** | | | | | | | | |
| **مقدم طلب الإيفاد** | | | **مصادقة جهة العمل** | | | | | **الختم** |
| **الاســم** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **الاســم** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |  |
| **التوقيع** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **التوقيع** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |
| **التاريـــخ** | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | **التاريـــخ** | | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | | |

**التعليمات والشروط والضوابط العامة:**

1. أن يكون المتقدم سعودي الجنسية.
2. أن يكون أحد منسوبي تجمع مكة المكرمة الصحي وفقاً للملاك الوظيفي.
3. ألا يتجاوز عمر المتقدم عن (45) سنة هجرية ما عدا الأطباء.
4. أن يكون قد أمضى سنة على الأقل في الخدمة الحكومية عند تقديم الطلب ويستثنى من ذلك فئة الأطباء.
5. ألا يقل تقدير الأداء الوظيفي للموظف لأخر سنة عن (جيد جداً) أو ما يعادله.
6. ألا يكون المرشح ممن أخل بواجباته الوظيفية أو أصدرت بحقه عقوبة تأديبية جراء تقصير في أداء العمل خلال العامين السابقين للترشيح وألا يكون محالاً إلى التحقيق أو مكفوف اليد أو طرفاً في قضية قائمة.
7. ألا يكون المرشح قد سبق أن أنهيت بعثته أو إيفاده نتيجة إهمال أو تقصير منه أو لضعف مستواه الدراسي أو لإخلاله بواجباته كمبتعث أو موفد للدراسة.
8. أن تكون كافة بياناته الشخصية والوظيفية محدثة على نظام الموارد البشرية (موارد).
9. تعبئة نموذج طلب الموافقة على الترشيح للإيفاد الداخلي واعتماده من صاحب الصلاحية.
10. أن يكون لدى الممارس الصحي تصنيف وتسجيل مهني ساري المفعول بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية بناء على أخر مؤهل علمي.
11. أن يكون التخصص المراد دراسته امتداداً أو متوائماً مع تخصص المرشح الحالي ومساره الوظيفي.
12. أن يكون مسمى البرنامج في القبول مطابقاً للتخصص المعلن عنه في التخصصات المستهدفة للإيفاد الداخلي المعتمدة من قبل تجمع مكة المكرمة الصحي.
13. أن يكون التخصص ضمن التخصصات المعتمدة لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للمتقدمين من الممارسين الصحيين.
14. أن يحصل المرشح على قبول من إحدى الجامعات، أو الكليات، أو المعاهد، أو الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في المملكة محدداً فيه بداية ونهاية الدراسة والمدة الدراسية والرسوم الدراسية ولا يقبل القبول الصادر وفقاً لأنظمة الدراسة الأخرى مثل: الانتساب، التعليم عن بعد، عطلة نهاية الأسبوع.
15. يلزم الحصول على شهادة اللغة الإنجليزية وفقاً لشروط كل جهة تعليمية باستثناء الأطباء وبرامج الهيئة السعودية للتخصصات الصحية شريطة الا يـتجاوز تـاريخ شـهادة تحديد مـسـتـوى الـلـغة الإنـجـلـيـزيـة عـن سنتين من تاريخ تقديم الطلب ويستثنى من ذلك الحاصلين على آخر مؤهل دراسي من جامـعات خارج المملكة للــدول الــنــاطقة بالـلــغــة الإنجليزية شريطة الا يتجاوز تخرجهم ثلاث سنوات من تاريخ التقديم.
16. أن تكون مسوغات الإيفاد الداخلي مكتملة وصحيحة أثناء التقديم.
17. إنهاء قرارات الإيفاد أو الابتعاث السابقة الصادرة للمرشح في حال الانسحاب أو عدم الالتحاق بها.
18. في حال ثبت أن المرشح قام بتقديم وثائق أو معلومات غير صحيحة سيتم استبعاد طلب المرشح.
19. المقاعد محدودة في جميع التخصصات المستهدفة للإيفاد الداخلي وسيتم المفاضلة بين المرشحين وفقاً لمعايير المفاضلة التالية:

|  |
| --- |
| معيار المفاضلة |
| سنوات الخدمة |
| التقدير العام / المعدل التراكمي لآخر مؤهل دراسي |
| نوع الدراسة في أخر مؤهل (انتظام / انتساب) |
| تقويم الأداء الوظيفي لآخر سنة |
| درجة المرشح في اختبار تحديد مستوى اللغة الانجليزية |
| الاحتياج للتخصص بالتجمع الصحي |
| مرئيات الإدارة العامة المختصة بالتجمع الصحي |
| الأولوية لمن لم يسبق له الإيفاد أو الابتعاث على نفس الدرجة العلمية |

المسوغات المطلوبة:

* خطاب تغطية معتمد من قبل صاحب الصلاحية.
* تعبئة جميع البيانات بنموذج طلب الترشيح المرفق في الإعلان واعتمادها من قبل صاحب الصلاحية.
* صورة من بطاقة الهوية الوطنية سارية المفعول.
* صورة من سجل التسجيل والتصنيف المهني الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ساري المفعول للكادر الصحي.
* صورة من أخر مؤهل دراسي معتمد موضحاً به المعدل التراكمي في حال وجوده أو حصوله على المؤهل، مع ضرورة إرفاق معادلة الشهادة للحاصلين على المؤهل من خارج المملكة.
* إرفاق صورة من شهادة إتمام البرنامج التدريبي لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية من فئة الأطباء في حال عدم الحصول على وثيقة التخرج للمتقدمين على برامج الزمالة (التخصص الدقيق).
* صورة من تقييم الأداء الوظيفي لأخر سنة معتمد أو صورة من قرار التعيين والمباشرة لحديثي التعيين من فئة الأطباء.
* بيان خدمة حديث صادر من إدارة الموارد البشرية أو من نظام موارد.