

بسم الله الرحمن الرحيم

EL-MINIA UNIVERSITY
Faculty of Nursing



جامعة المنيا
كلية التمريض

إقرار القيام بالعمل

الاسم : _____ محل الميلاد : _____

الوظيفة : _____ تاريخ الميلاد : _____ / / م

المؤهل الدراسي وتاريخه : _____

العنوان : _____

الدرجة الحالية وتاريخها : _____ تاريخ التعيين : _____ / / م

رقم القيد بنقابة المهن : _____ الحالة الاجتماعية : _____ عدد الأولاد : _____

رقم البطاقة (شخصية / عائلية) : _____ جهة صدورها : _____ تاريخ انتهائها : _____ / / م

الجهة المنقول منها : _____

رقم وتاريخ أمر التعيين : _____

تاريخ الإخلاء من العمل السابق : _____ / / م تاريخ استلامه العمل : _____ / / م

المعاملة العسكرية : _____

أقر أنا _____ بأنني قمت بعملى الجديد اعتباراً من يوم _____

الموافق _____ / / م وأن البيانات الموضحة بعاليه صحيحة وتحت مسؤوليتى وهذا إقرار منى بذلك ، ..

توقيع المقر

أمين الكلية

مدير شئون الأفراد

الموظف المختص