|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لشؤون الأسرة**الدائرة:** رعاية المسنين | **رمز النموذج:** | SS-13000-Temp07-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | SS-13000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | إجراءات تقديم الخدمة في المراكز الإيوائية للمسنين |

**نموذج تعهد مغادرة مؤقتة لمسن من مركز إيوائي للرعاية**

أتعهد أنا الموقع اسمي أدناه \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل هوية رقم *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  والمقيم في* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، أن أقوم باستلام السيد/ة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *وصلة القرابة بيننا أنه/ها* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، وحامل/ة هوية رقم *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] . وذلك من* مركز \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ المتواجد في \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بغرض \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ من تاريخ [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  إلى تاريخ [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ] .

وأتعهد بتوفير الرعاية والحماية له/ها وتوفير جميع احتياجاته/ها. كما وأتعهد بأن لا أتعرض له/ها بأي أذية أو سوء داخل الأسرة أو خارجها. وأنا مسؤول أمام الله وأمام جميع الجهات الرسمية وغير الرسمية المعنية بذلك.

وبناءً على ما تقدم أوقع أمامكم

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم المستلم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **تاريخ الاستلام: يوم شهر سنة** **[ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]**  | **اليوم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **العنوان كاملا:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **رقم الهاتف: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]*** **رقم المحمول: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]***  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اسم المرشد/ة** | **توقيع المرشد/ة** | **ختم المركز** |
|  |  |  |