|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة**الدائرة:** التأهيل والدمج الاجتماعي – مراكز التأهيل المهني | **رمز النموذج:** | DE-3000-Temp02-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | DE-3000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | إلحاق وتقديم الخدمة في مراكز تأهيل ذوي الإعاقة |

**نموذج طلب فحص طبي بغرض إلحاق ذي إعاقة بمركز تأهيل مهني**

|  |
| --- |
| التاريخ: *[ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]*  |
| رقم الكتاب: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]*  |

**حضرة السيد/السيدة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**أخصائي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الموضوع: طلب الحصول على فحص طبيب بغرض إلحاق ذي إعاقة بمركز تأهيل مهني**

تقدم لنا المدعو \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_والبالغ من العمر\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  ل*غرض الإلتحاق بمركز التأهيل المهني \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ، والذي بحاجة الى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*بناءً عليه نرجو من حضرتكم التكرم بفحصه/بفحصها وبيان وضعه/وضعها الصحي لناحية نوع ونسبة الإعاقة ومدى ملائمته للتأهيل المهني. شاكرين لكم تعاونكم.*

|  |
| --- |
| ملاحظات الطبيب الأخصائي حسب التقرير المرفق:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير...*

|  |  |
| --- | --- |
| اسم مدير المركز:التوقيع: | ختم المركز: |