|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة**الدائرة:** التأهيل والدمج الاجتماعي – مراكز التأهيل المهني | **رمز النموذج:** | DE-3000-Temp06-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 تعهد شخصي لمتدرب لدى مركز تأهيل ذوي الإعاقة**

التاريخ: *[ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]*

*اليوم:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

أنا الموقع اسمي أدناه \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل هوية رقم [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  أتعهد باحترام الأنظمة والقوانين المعمول بها داخل المركز، واحترام الزملاء والعاملين في المركز، والمحافظة على ممتلكات المركز ومحتوياته. كذلك أتعهد بالالتزام والمحافظة على نظام وبرامج ومحتويات مركز \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وذلك أثناء تأهيلي مهنياً حسب قدراتي وميولي وإمكانيات المركز حتى نهاية الخطة التأهيلية المعدة من قبل الأخصائيين في المركز. على أنني أتحمل كامل المسؤولية في حال مخالفتي لما ورد أعلاه. كذلك أتعهد وأتعهد بالابتعاد عن العنف بأشكاله (الجسدي واللفظي والنفسي والجنسي) وأن لا ألجأ إليه نهائياً مع حل المشكلة. كذلك أتعهد بالالتزام والانتظام بساعات الدوام المحددة.

أنا الموقع اسمي أدناه \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل هوية رقم [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  ولي أمر الطالب المذكور أعلاه أتعهد بالحضور في حال استدعائي أو دعوتي لأي اجتماع من قبل طاقم المركز.

وعلى ذلك أوقع ،،،

|  |  |
| --- | --- |
| اسم المتدرب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم ولي الأمر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم الأخصائي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم مدير المركز:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ختم المركز:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |