

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الموظف | كتابة اسم الموظف هنا |
| تاريخ الميلاد | تحديد تاريخ الميلاد |
| البريد الإلكتروني | كتابة البريد الإلكتروني هنا |
| الوكالة المعنية | كتابة اسم الوكالة هنا |
| اسم القطاع | كتابة اسم القطاع هنا |
| رقم الهوية الوطنية | كتابة رقم الهوية الوطنية هنا |
| رقم الجوال | كتابة رقم الجوال هنا |

**نموذج طلب صلاحية مكتب تحقيق الرؤية**

**الشروط والتعليمات:**

1. **عمليات التعديل والإلغاء تعني قدرة المستفيد على القيام بتعديل او إلغاء أي عمليات سابقة. لذا يفضل اقتصار ذلك على أشخاص محددين.**
2. **يتعهد المستخدم للنظام بالمحافظة على سرية الوثائق والمعلومات.**
3. **الموظف مسؤول عن استخدام الصلاحيات المصرح له بها وبهذا يتحمل جميع ما يترتب من نتائج سوء الاستخدام.**
4. **يجب على الموظف إخطار الجهات المسؤولة عن النظام في حال تركه للعمل.**
5. **بعد تعبئة النموذج يجب إرساله الى ecare@etimad.sa ولمتابعة الطلب يرجى التواصل مع مركز الخدمة الشامل (اعتمد) على الرقم الموحد .19990**

**تم الاطلاع على التعليمات اعلاه وعلى ذلك جرى التوقيع.**

**اسم الموظف:** كتابة اسم الموظف هنا **التوقيع......................................... التاريخ:** تحديد التاريخ **هـ**

**صاحب الصلاحية:** كتابة اسم الموظف هنا **التوقيع: ....................................... التاريخ:** تحديد التاريخ**هـ**

**الختم: ...........................................**

**تحت إشراف**