

وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية
مديرية الشؤون الاجتماعية بمحافظة جنوب سيناء
مركز تكوين مهني.....

طلب الالتحاق بمراكز التكوين المهني

الاسم الثلاثي لطالب الخدمة :

العنوان : محل الإقامة :

تاريخ الميلاد : / / جهة الميلاد : محافظة :

يوم شهر سنة

السن عند الالتحاق بالمركز :

المؤهل أو آخر سنة دراسية :

المهنة التي مارسها ومدتها :

اسم ولي الأمر صلته بالمتدرب

محل إقامة ولي الأمر

القسم الذي يرغب الالتحاق به :

(٣)

(٢)

(١)

توقيع طالب الخدمة

تحرير في / / توقيع ولي الأمر

رأى لجنة القبول

رأى الأخصائي المهني : التوقيع

رأى الأخصائي الاجتماعي : التوقيع

رأى الأخصائي النفسي : التوقيع

رأى الطبيب المختص : التوقيع

أخصائي التوجيه : التوقيع

قرار اللجنة

اسم مدير المركز

تحرير في / / التوقيع

إيصال

استلمت أنا الطلب المقدم من السيد
بشأن الالتحاق بمراكز التكوين المهني مستوفياً كافة المستندات المطلوبة للحصول على الخدمة وقيد الطلب
برقم بتاريخ / /
التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص

()