



إخلاء طرف Clearance Form

S.No. :

date: / / 20

مؤسسة الرعاية النفسية التنموية
PSYCHIATRIC CARE DEVELOPMENTAL FOUNDATION

Employee Data:

بيانات الموظف:

Name of Employee:.....:الرمز الوظيفي ID. No./ أسم الموظف:

Position / الوظيفة :..... Office / المكتب :.....

Department/ الإدارة :..... Section/ القسم :.....

Clearance Reason/السبب إخلاء الطرف: ☐ إجازة /Vacation ☐ نهاية خدمة/Exit

Related Managements :

الجهات ذات العلاقة :

- Employ Department:

- إدارة الموظف:

Date: __/__/__ التاريخ: Signature :..... Name:..... التوقيع: الاسم:

☐ Clear/طرفه يخلى ☐ لا يخلى طرفه/Not Clear ☐ حدد:

Reason/السبب:

- Stores:

- المخازن:

Date: __/__/__ التاريخ: Signature :..... Name:..... التوقيع: الاسم:

☐ Clear/طرفه يخلى ☐ لا يخلى طرفه/Not Clear ☐ حدد:

Reason/السبب:

- Financial.

- المالية:

Date: __/__/__ التاريخ: Signature :..... Name:..... التوقيع: الاسم:

☐ Clear/طرفه يخلى ☐ لا يخلى طرفه/Not Clear ☐ حدد:

Reason/السبب:

- Human Resources:

- الموارد البشرية:

Date: __/__/__ التاريخ: Signature :..... Name:..... التوقيع: الاسم:

☐ Clear/طرفه يخلى ☐ لا يخلى طرفه/Not Clear ☐ حدد:

Reason/السبب:

Authorization by Project Manager:

اعتماد مدير المشروع :

Authorized by / اعتماد :-.....

Date/ التاريخ:.....

Signature/ التوقيع :.....

Authorization by Excutive Manager:

اعتماد المدير التنفيذي:

Authorized by / اعتماد :-.....

Date/ التاريخ:.....

Signature/ التوقيع :.....