



Final clearance Declaration

إقرار المخالصة النهائية

date: / / 20

مؤسسة الرعاية النفسية التنموية
PSYCHIATRIC CARE DEVELOPMENTAL FOUNDATION

I'm the undersigned:
who has a nationality, hold an ID.No.
() issued from
dated: / / and worked at Psychiatric care
developmental foundation in a position:
at governorate acknowledge that I received
all my rights, all my financial rights and other benefits
for the period which I worked in the PSS Center of
Psychiatric Care Developmental Foundation funded
by UNFPA which is from the date 01/01/2023 until the
date 30/06/2023 in accordance with the labor
regulations, the regulations of the foundation and the
contract of work between me and the foundation on
the occasion of the association terminated between
us.
In accordance of this acknowledgment, the foundation
side became cleared and I have no rights to it. the
foundation has thus discharged me totally and
absolutely of any rights . Under this declaration, I
have no ultimate right to refer to the foundation with
anything and claim any rights. I acknowledge that I
have signed this acknowledgement and I am in a fully
qualified situation that considered legitimate.
This is my sincere statement.

أقر أنا الموقع أدناه:
الجنسية واحمل بطاقة شخصية رقم ()
من بتاريخ: / / والذي أعمل في
مؤسسة الرعاية النفسية التنموية بوظيفة:
في محافظة:
أني قد استلمت كافة حقوقي وكامل مستحقاتي
المالية وغيرها عن الفترة التي عملت فيها في مركز الدعم النفسي التابع
لمؤسسة الرعاية النفسية التنموية الممول من صندوق الأمم المتحدة
للسكان وذلك من تاريخ ٢٠٢٣/٠١/٠١ م حتى تاريخ ٢٠٢٣/٠٦/٣٠ م
طبقاً لنظام العمل ولوائح المؤسسة وعقد العمل المحرر بيني وبين
المؤسسة وذلك بمناسبة انتهاء رابطة العمل بيننا.
وبموجب هذا الإقرار أصبح طرف المؤسسة خالصاً وليس لي أية حقوق
لديها ، وبهذا أكون قد أبرأت ذمة المؤسسة من أية حقوق براءة تامة
ومطلقة، وبموجب هذا الإقرار ليس لي الحق نهائياً بالرجوع على
المؤسسة بشيء والمطالبة بأية حقوق. وأقر بأنني قد وقعت هذا الإقرار
وأنا بكامل الحالة المعتبرة شرعاً.
وهذا إقرار مخالصة مني بذلك.

Acknowledge by:

المقر بما فيه:

Name/ الاسم:

Signature and fingerprint/ التوقيع والبصمة:

Date/ التاريخ:

Second witness/ الشاهد الثاني

First witness/ الشاهد الأول

Name/ الاسم:

Signature and fingerprint/ التوقيع والبصمة:

Date/ التاريخ:

Mobile Number / رقم الجوال: