**نموذج الحصول على الموافقة الامنية**

**صور شخصيه عدد ( 2 )**

**ملاحظة مهمة: يجب ملئ الطلب طباعة وليس بخط اليد ولن يقبل اي طلب مكتوب بخط اليد**

**الأسم الكامل من خمس مقاطع** : ...............................

**التدريب المطلوب** : ...................... **مكان التدريب** : ..............................

**مكان وتاريخ الولادة** ....................  **الرقم الوطني** : ..................  **الجنسيه** : ............................

| **نوع جواز السفر : دائم** |
| --- |

| **المستوى التعليمي** : | **البلدة الأصلية** : |
| --- | --- |
| **المهنـــــــــــــــــه** : | **الإقامه السابقه** : |
| **آخر مكان عمل** : | **الإقامه الحاليه** : |
| **العنوان ورقم الهاتف** : |  |

| **الحاله الإجتماعية : متزوج** |
| --- |

| **الإسم الكامل للزوج / الزوجه** : | **الجنسيه** : |
| --- | --- |
| **اسم الأم** قول | **الرقم الوطني** : |
| **مكان وتاريخ الولادة** : | **المستوى التعليمي** : **المهنه** : |

| **تفصيلات الأب من اربع مقاطع** |
| --- |

| **الإسم الكامل** : | **الرقم الوطني** : |
| --- | --- |
| **اسم الأم** : | **البلدة الأصليه** : |
| **مكان وتاريخ الولادة** : | **مكان الإقامه** : |
| **المستوى التعليمي** : | **المهنه** : |

| **تفصيلات الأم اسم الأم من اربع مقاطع** |
| --- |

| **الأسم الكامل** : | **الرقم الوطني** : |
| --- | --- |
| **مكان وتاريخ الولادة** : | **البلد الأصلي** : |
| **المستوى التعليمي** : |  |

**تاريخ تقديم الطلب :**

**يرفق شهادة خلو من الامراض التاليه ( التهاب الكبد الوبائي المصلي – مرض نقص المناعه المكتسبه ) صادرة عن اي جهه رسميه**

PF01-15 REV.A