

بدل التدريب

لمنسوبي الكليات الصحية

شروط و ضوابط صرف بدل التدريب :

- ١- يقتصر صرف البدل على فئة (طبيب استشاري ، صيدلي استشاري ، أخصائي استشاري) .
- ٢- لا يتجاوز صرف البدل مبلغ (٢٠٠٠ ريال ألفي ريال) شهرياً بحد أقصى بحسب نصاب التدريب .
- ٣- أن يكون التدريب للحصول على شهادة الزمالة والبرامج التدريبية والتعليمية المعتمدة في المجال الصحي .
- ٤- أن يحدد صاحب الصلاحية الاشخاص المخولين بالتدريب .
- ٥- ألا يكون الممارس للتدريب معيناً على وظيفة مختصة بالتدريب .
- ٦- لا يجوز الجمع بين هذا البدل و بدل الإشراف او أي بدل أو مكافأة تصرف للغرض نفسه .
- ٧- يمنح كامل البدل لمن يكمل ٨ ساعات تدريبية في الشهر وما قل عن ذلك يتم مكافأته بمبلغ يوازي نسبة ساعات التدريب^١
- ٨- أن لا تكون الأعباء التدريبية المكلف بها عضو هيئة التدريس من ضمن أعبائه الأكاديمية المكلف بها .

المستندات المطلوبة :

- ١- نموذج الطلب بعد استكمالها .
- ٢- تعريف يوضح المسمى الوظيفي و التصنيف الصحي .
- ٣- ارفاق أي مستندات تؤيد لاستحقاق صرف البدل .

^١ حسب كتاب سعادة امين عام مجلس الخدمات الصحية بكتابة رقم ٨٤/٥٩٣٢٧ بتاريخ ١٤٣٢/٧/٢٦ هـ



استمارة طلب صرف بدل تدريب
(لمنسوبي الكليات الصحية)

اسم الموظف		تعبء من قبل مقدم الطلب
مسمى الوظيفة		
القسم		
الرقم الوظيفي		
العنوان هاتف مكتب فاكس جوال بريد إلكتروني		
التصنيف الصحي <input type="checkbox"/> طبيب استشاري <input type="checkbox"/> صيدلي استشاري <input type="checkbox"/> أخصائي استشاري		تعبء من قبل مقدم الطلب
المجال : <input type="checkbox"/> في المجال الصحي <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)		
درجة البرنامج <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> زمالة <input type="checkbox"/> برامج تدريبية <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)		
مسمى برنامج الدراسات العليا الذي يشارك فيه		
النصاب التدريبي الحالي عدد ساعات شهرياً (.....) . بديل إشراف : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أي بدل لغرض التدريب : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
فترة التدريب : من إلى		تعبء من قبل مقدم الطلب
هل يصرف لك أحد البدلات التالية : بديل إشراف : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أي بدل لغرض التدريب : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
أتعهد بصحة البيانات والمعلومات الموضحة أعلاه و أتحمل مسؤولية اذا ثبت خلاف ذلك .		
الاسم : التوقيع : التاريخ :		
الاسم : الوظيفة :		
التوقيع : التاريخ :		توصية رئيس القسم
هل تم تكليفه من قبل صاحب الصلاحية (رئيس القسم) للقيام بالتدريب . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل انجز المهمة المطلوبة . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل النصاب التدريبي محسوب من ضمن الأعباء التدريسية إذا كان من أعضاء هيئة التدريس . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
كما تم مراجعة البيانات والمعلومات الموضحة في الطلب أعلاه :		
الاسم : الوظيفة :		توصية عميد الكلية
التوقيع : التاريخ :		
تم الاطلاع و نوصي :		
<input type="checkbox"/> بصرف البديل له للمتقدم . <input type="checkbox"/> عدم الصرف		
الاسم : الوظيفة :		
التوقيع : التاريخ :		

بدل التدريب

لمنسوبي المدينة الطبية

شروط و ضوابط صرف بدل التدريب :

- ١- يقتصر صرف البدل على فئة (طبيب استشاري ، صيدلي استشاري ، أخصائي استشاري) .
- ٢- لا يتجاوز صرف البدل مبلغ (٢٠٠٠ ريال ألفي ريال) شهرياً بحد أقصى بحسب نصاب التدريب .
- ٣- أن يكون التدريب للحصول على شهادة الزمالة والبرامج التدريبية والتعليمية المعتمدة في المجال الصحي .
- ٤- أن يحدد صاحب الصلاحية الاشخاص المخولين بالتدريب .
- ٥- ألا يكون الممارس للتدريب معيماً على وظيفة مختصة بالتدريب .
- ٦- لا يجوز الجمع بين هذا البدل و بدل الإشراف او أي بدل أو مكافأة تصرف للغرض نفسه .
- ٧- يمنح كامل البدل لمن يكمل ٨ ساعات تدريبية في الشهر وما قل عن ذلك يتم مكافأته بمبلغ يوازي نسبة ساعات التدريب^٢
- ٨- أن لا تكون الأعباء التدريبية المكلف بها عضو هيئة التدريس من ضمن أعبائه الأكاديمية المكلف بها .

المستندات المطلوبة :

- ١- نموذج الطلب بعد استكمالها .
- ٢- تعريف يوضح المسمى الوظيفي و التصنيف الصحي .
- ٣- ارفاق أي مستندات تؤيد لاستحقاق صرف البدل .



استمارة طلب صرف بدل تدريب
(لمنسوبي المدينة الطبية)

اسم الموظف		تعبء من قبل مقدم الطلب
مسمى الوظيفة		
القسم		
الرقم الوظيفي		
العنوان هاتف مكتب فاكس جوال بريد إلكتروني		
التصنيف الصحي <input type="checkbox"/> طبيب استشاري <input type="checkbox"/> صيدلي استشاري <input type="checkbox"/> أخصائي استشاري		
المجال : <input type="checkbox"/> في المجال الصحي <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)		
درجة البرنامج <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> زمالة <input type="checkbox"/> برامج تدريبية <input type="checkbox"/> أخرى (حدد)		
مسمى برنامج الدراسات العليا الذي يشارك فيه		
نوعية التدريب		
النصاب التدريبي الحالي عدد ساعات شهرياً (.....) . هل يصرف لك أحد البدلات التالية : بدل إشراف : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أي بدل لغرض التدريب : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
فترة التدريب : من إلى		
أتعهد بصحة البيانات والمعلومات الموضحة أعلاه و أتحمل مسؤولية اذا ثبت خلاف ذلك . الاسم : التوقيع : التاريخ :		
هل تم تكليفه من قبل صاحب الصلاحية (رئيس القسم) للقيام بالتدريب . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		توصية رئيس القسم
هل انجز المهمة المطلوبة . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
هل النصاب التدريبي محسوب من ضمن الأعباء التدريسية إذا كان من أعضاء هيئة التدريس . <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
كما تم مراجعة البيانات والمعلومات الموضحة في الطلب أعلاه : الاسم : الوظيفة : التوقيع : التاريخ :		
تم الاطلاع و نوصي : <input type="checkbox"/> بصرف البديل له للمتقدم . <input type="checkbox"/> عدم الصرف		توصية المدير الشؤون الصحية
الاسم : الوظيفة : التوقيع : التاريخ :		