

« نموذج الترشيح «برنامج كامبردج»

الرجاء تعبئة كافة الحقول بخط واضح ومقروء

العائلة	الجد	الأب	الأول	المعلومات الشخصية
				الاسم
	رقم الموظف			تاريخ الميلاد
	مسمى الوظيفة			جهة العمل
	المرتبة			طبيعة العمل الحالية
	هاتف المكتب			رقم الجوال
	ضعيف <input type="checkbox"/>	وسط <input type="checkbox"/>	خبير <input type="checkbox"/>	مستوى برامج سطح المكتب
			وسط <input type="checkbox"/>	الفترة المناسبة للالتحاق
			٤-١ مساء	
			٦-٣ مساء	
اختبار مباشر <input type="checkbox"/>	دورة اختبارات كامبردج أسبوع واحد <input type="checkbox"/>	دورة كامبردج ٥ أسابيع <input type="checkbox"/>		نوع البرنامج

إقرار المتدرب

أتعهد أنا الموقع أدناه بالالتزام في حضور أيام برنامج كامبردج التدريبي وفي حال عدم اجتيازي للإختبار المعد لذلك فيني أتحمل رسوم إعادة الإختبار، كما وأنه في حال تغيبي عن البرنامج فإنه سيتم حرمانني من التدريب مدة ٦ أشهر كما لا يحق لي المطالبة بشهادة البرنامج التدريبي .

التاريخ : / / ١٤هـ

التوقيع :

الاسم :

موافقة مدير الإدارة

موافق

غير موافق

الاسم : _____

الجهة : _____

الجوال : _____

البريد الإلكتروني: _____

لتوقيع : _____

الختم،

