

المركز الكشفي للإقليم الآسيوى الباسفيكى برنامج تدريبي للموظفين لفترة قصيرة

القسم الأول: تفاصيل البيانات الشخصية:

اسم العائلة:		الاسم الأول:	
العنوان:			
صورة من جواز السفر بالزى الكشفي			
الرمز البريدي:	الدولة:	رقم المحمول:	رقم الهاتف الثابت:
الجنسية:	المدينة:	البريد الالكتروني:	تاريخ الميلاد:
المرتبة الكشفية "الدرجة"		الوظيفة:	
المنظمة / الجمعية الكشفية الوطنية:			
اللغات التي يجيدها:			

القسم: المواعيد:

من فضلك اختر موعد الفترة الزمنية التي ترغب في حضورها للتدريب:

الاختيار الأول:	من: _____ (الشهر/السنة)	إلى: _____ (الشهر/السنة)
الاختيار الثاني:	من: _____ (الشهر/السنة)	إلى: _____ (الشهر/السنة)
الاختيار الثالث:	من: _____ (الشهر/السنة)	إلى: _____ (الشهر/السنة)

القسم الثالث: العمل:

أشعر بأننى أستطيع أن أساعد فى المركز فى الأماكن التالية : (فضلا ضع علامة ✓)
تذكر أن جميع المشاركين يقبلون على العمل فى كل مكان يتطلب خبرات جيدة بالمركز.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> تسلق الجبال | <input type="checkbox"/> تطوير موقع المخيم | <input type="checkbox"/> الإدارة |
| <input type="checkbox"/> التنزه والرحلات | <input type="checkbox"/> الطاقة المتجددة | <input type="checkbox"/> المحافظة على البيئة |
| <input type="checkbox"/> الصيانة | <input type="checkbox"/> تكنولوجيا المعلومات والاتصالات | <input type="checkbox"/> برامج المخيم |
| <input type="checkbox"/> الحدائق والزراعة | <input type="checkbox"/> أخرى | |

شهادة طبية للمشاركين فى برنامج التوظيف لفترة قصيرة

القسم الأول: المعلومات الشخصية للشخص الذى خضع للفحص:

اسم العائلة:	الاسم الأول:
العنوان:	
الدولة:	الرمز البريدى:
رقم الهاتف المحمول:	رقم التليفون الثابت:
الجنسية:	تاريخ الميلاد:

القسم الثانى: الأسئلة:

١ - فى رأيك هل الشخص المذكور أعلاه مؤهلا من الناحية الذهنية والبدنية للمشاركة فى أنشطة تتطلب مجهودات شاقة لمدة شهرين؟

نعم/لا

٢ - هل الشخص المذكور مؤهلا من الناحية الذهنية والبدنية لقيام بأشطة تسلق المرتفعات والأنشطة الأخرى بصفة منتظمة؟

نعم/لا

٣ - هل الشخص المذكور يعانى من أى خلل ذهنى أو بدنى من شأنه أن يؤثر فى قدرته على العمل؟

نعم/لا

إذا كانت إجابة السؤال "بنعم" أذكر مزيد من التفاصيل

٤ - هل يتعاطى الشخص المذكور أى أدوية بصفة منتظمة؟

نعم/لا

إذا أجبنا السؤال الرابع "بنعم" أذكر لنا اسم الدواء الذى يتناوله ولأى سبب.

القسم الثالث: شهادة الطبيب:

أؤكد أنا أن قد تم فحصه بمعرفتى اليوم، وأن حالته الذهنية والجسدية فى هذا اليوم جيدة كما هو مبين فى القسم الثانى من هذه الاستمارة. وحسب معلوماتى، فإن هذا الشخص قادر على العمل مع المركز ومستوفى للمتطلبات الخاصة صحياً للمكان والوظيفة التى قام/ت بتعبئتها للعمل فى المخيم.

التوقيع: التاريخ: المكان:

عنوان المستشفى:

.....

ملاحظات:

.....

.....

الختام

القسم الرابع: مهارات العمل:

إعط نبذة عن مهاراتك وقدراتك مثل اللغات التي تجيدها، قدراتك وخبراتك الشخصية مثل "عملك في برامج ومراكز أخرى"، عليك تذكر ما الذي يجعلك تشعر بأنك مهم وقادر على المشاركة كعضو في فريق المركز الكشفي للإقليم الآسيوي الباسيفيكي، عليك أن تذكر وتعطي المزيد من التفاصيل في أوراق ومستندات الدعم.

.....
.....
.....
.....

من أين سمعت عن المركز؟

القسم الخامس: يتم الإستيفاء من جانب كل المتقدمين:

إذا تم قبولي للعمل كعضو في برنامج التدريب التابع للمركز الكشفي الآسيوي فأنا أوافق على تجهيز نفسي كمساعد مع المركز وأن أتبع تعليماته والقواعد الخاصة به وأن أرفق المستندات التالية:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | صورة من جواز السفر | <input type="checkbox"/> | الملف شخصي |
| <input type="checkbox"/> | نسخة من الشهادات والخبرات | <input type="checkbox"/> | الشهادة الطبية |
| <input type="checkbox"/> | الصور | <input type="checkbox"/> | الأوراق والمستندات |

التوقيع: التاريخ: المكان:

القسم السادس: خاص بالجمعية الكشفية الوطنية:

نيابة عن (اسم الجمعية الكشفية الوطنية)
أؤكد أنا السيد/السيدة مسجل كعضو بالجمعية الكشفية أعلاه وبحسب معلوماتنا وخبرتنا أنه قادر على تلبية متطلبات العمل الذي قام المشارك باختياره وتحديده.

التوقيع: التاريخ: المكان:
المرتبة والوظيفة بالجمعية:
الملاحظات:

إذا لم يتم استكمال هذا الجزء بشكل كامل من الموظف المختص سيتم رفضه وإعادته لمقدم الطلب

القسم السابع: خاص للاستخدام الرسمي:

وصول الطلب:	رفض الطلب:	تعزير الطلب:
-------------	------------	--------------