



الرقم: .....

التاريخ: .....

المشرف عليه: .....

### تصريح دخول/ خروج أعيان

الموقع:  شطر الطالبات  سكن الطالبات  المركز الطبي  .....

نوع التصريح:  دخول أعيان  خروج أعيان

مدة التصريح:  دائم  مؤقت - مدته (.....)

بيانات الدخول/ الخروج		
الخروج	الدخول	
		البوابة
		اليوم
		التاريخ
		الوقت

وصف الأعيان	النوع ورقم التسلسل	العدد	الغرض من الدخول/الخروج

طالبة التصريح:  طالبة (الرجاء تعبئة الجزء " ١ ")  موظفة (الرجاء تعبئة الجزء " ٢ ")

الجهة المصرحة	بيانات طالبة التصريح	
اسم المصرح: .....	اسم الطالبة: .....	(١) يعاً من قبل الطالبة
المنصب: .....	الكلية: .....	
رقم الهاتف: .....	الرقم الجامعي: .....	
التوقيع: .....		
ختم الجهة		
اسم معتمد التصريح: .....	اسم الموظفة الراغبة بالتصريح: .....	(٢) يعاً من قبل الموظفة الراغبة بالتصريح
المنصب: .....	جهة العمل: .....	
رقم الهاتف: .....	الوظيفة: .....	
التوقيع: .....	رقم الهاتف: .....	
ختم الجهة	التوقيع: .....	

اعتماد التصريح (مراقب/ مراقبة الأمن)	تعباً من قبل الادارة العامة لخدمات الامن
اعتماد <input type="checkbox"/> الدخول <input type="checkbox"/> الخروج <input type="checkbox"/>	
الاسم: .....	
التوقيع: .....	