Ministry Of Education

## KING ABDULAZIZ UNIVERSITY

FACULTY OF DENTISTRY University Dental Hospital





المملكة العربية السعودية وزارة النعليم مناسعة الملك عبد العزيز كلية طب الأسنان مستشفى الأسنان الجامعي

## نموذج إقرار استلام

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT FORM

- I, the undersigned received an employee ID and I pledge to abide by what is stated in Policy and Procedures of General Director of safety and security with regard of the ID:
- 1. To preserve the card from loss or damage, and informed the security unit in case of loss.
- 2. Not use the card outside the university as a personal proof of identification, or give it to someone else to use it in campus or any other purpose.
- 3. Surrender the card immediately to the security unit when I finish my service at the university.
- 4. Display the card to be seen clearly while working inside the university or in the departments.

- أتعهد أنا الموقع أدناه بأنني استلمت البطاقة الأمنية والتزم بما تنص عليه أنظمة وسياسات الإدارة العامة للأمن والسلامة بجامعة الملك عبد العزيز فيما يخص البطاقة.
- الالتزام بالمحافظة على البطاقة من الضياع أو التلف، و إبلاغ و حدة الأمن في حالة فقدانها.
- 2. الالتزام بعدم استخدام البطاقة خارج الجامعة كإثبات شخصية، أو إعطاءها لشخص آخر لاستخدامها في الدخول للحرم الجامعي أو لأي غرض آخر.
- تسليم البطاقة لإدارة وحدة الأمن عند انتهاء خدمتي في الجامعة فوراً.
- وضع البطاقة بشكل يمكن رؤيته بوضوح أثناء العمل داخل الجامعة أو الإدارات التابعة لها.

Department:	القسم:
Employee Name:	اسم الموظف:
Job title:	المسمى الوظيفي:
Job Number:	الرقم الوظيفي:
Employee signature:	توقيع الموظف:
Date:	التاريخ:
Department supervisor:	مشرف القسم:
Supervisor signature:	توقيع مشرف القسم:
Security supervisor:	مشرف قسم الأمن:
Security supervisor signature:	توقيع مشرف قسم الأمن: