

مطلب تكفل بإيواء حالات استثنائية
من بين مهنيي الصحة المباشرين لمرضى كوفيد-19

الاسم: اللقب: الرتبة:
المؤسسة الصحية: القسم/المصلحة: الهاتف:

رأي المدير العام/مدير المؤسسة الصحية (مع الإمضاء والختم)	رأي الطرف الاجتماعي (مع الإمضاء والختم)
.....
.....
.....

خاص باللجنة	
قرار اللجنة:	مطلب مستوى التعمير: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
.....	شهادة تثبت مخالطة المعني بالأمر لمصاب بالفيروس
.....	أثناء مباشرة المهام: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
.....	اقتراح الطرف الاجتماعي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
.....	موافقة المؤسسة الصحية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

مركز الإيواء:

تاريخ بداية الإيواء:/...../..... تاريخ انتهاء الإيواء:/...../.....

ملاحظات:

.....

.....

.....

.....

.....