



# Advocates

Caring Partners. Creative Solutions. Better Lives.

## إشعار ممارسات الخصوصية

معلوماتك.

حقوقك.

مسؤوليتنا.

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

## حقوقك

### لديك الحق في:

- الحصول على نسخة من سجلك الطبي الورقي أو الإلكتروني.
- تصحيح سجلك الطبي الورقي أو الإلكتروني.
- طلب التواصل بشكل سري.
- طلب تقييد المعلومات التي نشاركها.
- الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معلوماتك معها.
- الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا.
- اختيار شخص يتصرف نيابةً عنك.
- تقديم شكوى في حالة اعتقادك أن حقوقك المتعلقة بالخصوصية قد انتهكت.

### ➤ راجع الصفحتين 2

و 3 لمزيد من  
المعلومات عن هذه  
الحقوق وكيفية  
ممارستها.

## اختياراتك

### لديك بعض الاختيارات بشأن طريقة استخدامنا للمعلومات ومشاركتها عندما نفعل ما يلي:

- تحديد ما إذا كان بإمكاننا إخبار أسرته وأصدقائك عن حالتك.
- تقديم الإغاة في حالات الكوارث.
- تقديم الرعاية الصحية النفسية.
- تسويق خدماتنا وبيع معلوماتك.
- جمع التبرعات.

### ➤ راجع الصفحة 4

لمزيد من المعلومات  
عن هذه الاختيارات  
وكيفية تنفيذها.

## الاستخدامات وحالات الإفصاح لدينا

### قد نستخدم معلوماتك ونشاركها في أثناء ما يلي:

- معالجتك وإدارة منظمنا.
- إصدار فواتير خدماتك.
- المساعدة على حل مشكلات الصحة العامة والسلامة.
- إجراء أبحاث.
- الامتثال للقانون والدعاوى القضائية والإجراءات القانونية.
- الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة.
- العمل مع طبيب شرعي أو متعهد دفن الموتى.
- معالجة طلبات تعويضات العمال وإنفاذ القانون وغيرها من الطلبات الحكومية.

### ➤ راجع الصفحة 5

لمزيد من المعلومات.

## حقوقك

لديك حقوق معينة عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية. يشرح هذا القسم حقوقك وبعض مسؤولياتنا لمساعدتك.

تشير كلمة "نحن" في إشعار ممارسات الخصوصية إلى Advocates والأفراد التالي ذكرهم:

- أي مختص رعاية صحية مُصرح له بإدخال معلومات في سجلك.
- أي مقدم رعاية صحية من طاقم عمل Advocates.
- كل أعضاء القوة العاملة في Advocates، بما يشمل الموظفين وطاقم العمل والمتطوعين وغيرهم من موظفي المركز الصحي.

<p>الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• يمكنك طلب الاطلاع على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك الطبي ومعلوماتك الصحية الأخرى لدينا أو طلب الحصول عليها. اسألنا عن كيفية إجراء ذلك.</li><li>• سنقدم نسخة أو ملخصًا من معلوماتك الصحية وعادةً ما يكون ذلك في غضون 30 يومًا من طلبك. وقد نرفض رسمًا معقولاً قائمًا على التكلفة.</li></ul>
<p>طلب تصحيح سجلك الطبي</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• يمكنك أن تطلب منا تصحيح معلوماتك الصحية التي تعتقد أنها خاطئة أو ناقصة. اسألنا عن كيفية إجراء ذلك بالتواصل معنا باستخدام المعلومات المذكورة في الصفحة الأخيرة.</li><li>• قد "نرفض" طلبك، لكننا سنخبرك بالسبب كتابيًا في غضون 60 يومًا.</li></ul>
<p>طلب التواصل بشكل سري</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• يمكنك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة (مثل هاتف المنزل أو هاتف العمل) أو إرسال الرسائل البريدية إلى عنوان مختلف.</li><li>• "سنوافق" على كل الطلبات المعقولة.</li></ul>
<p>طلب تقييد المعلومات التي نستخدمها أو نشاركها</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام بعض المعلومات الصحية أو مشاركتها لأغراض العلاج أو الدفع أو إجراء عملياتنا. لا يتعين علينا الموافقة على طلبك، ويمكننا "رفضه" إذا كان سيؤثر في رعايتك.</li><li>• إذا دفعت مقابل خدمة أو منتج رعاية صحية من مالك الخاص بالكامل، يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة تلك المعلومات مع شركة تأمينك الصحي لأغراض الدفع أو إجراء عملياتنا. "سنوافق" على طلبك، إلا إذا كان يوجد قانون يُلزمنا بمشاركة تلك المعلومات.</li></ul>
<p>الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا معها المعلومات</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• يمكنك أن تطلب قائمة (بيانات) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ستة أعوام قبل تاريخ طلبك، والجهات التي شاركنا معلوماتك معها وأسباب ذلك.</li><li>• سنُدرج كل حالات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، وبعض حالات الإفصاح الأخرى (مثل أي معلومات طلبت</li></ul>

منا الإفصاح عنها). سنقدم بيانًا واحدًا في العام مجانًا، لكننا سنفرض رسمًا معقولاً قائمًا على التكلفة إذا طلبت بيانًا آخر خلال 12 شهرًا.

- يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت حتى إذا كنت قد وافقت على استلام هذا الإشعار إلكترونيًا. وسنقدم لك نسخة ورقية فورًا.

الحصول على نسخة من  
إشعار الخصوصية هذا

- إذا أعطيت توكيلًا رسميًا طبيًا إلى شخص ما أو إذا كان يوجد وصي قانوني عليك، يستطيع ذلك الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية.
- سنحرص على أن يتمتع هذا الشخص بهذه الصلاحيات ويتمكن من التصرف نيابةً عنك قبل أن نتخذ أي إجراء.

اختيار شخص يتصرف  
نيابةً عنك

- يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت أننا انتهكنا حقوقك، من خلال التواصل مع:

**كبير مسؤولي الامتثال لدى  
Advocates  
1881 Worcester Road  
Framingham, MA 01701**

تقديم شكوى  
إذا شعرت أن حقوقك قد  
انتُهكت

يمكنك أن تتقدم بشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عن طريق إرسال خطاب إلى 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201، أو الاتصال على الرقم 1-877-696-6775، أو زيارة

[./privacy/hipaa/complaints /www.hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

- لن ننتقم منك على تقديم شكوى.

## اختيارك

بالنسبة إلى بعض المعلومات الصحية، يمكنك تبليغنا باختياراتك فيما نشاركه منها. إذا كان لديك تفضيلاً واضحاً بشأن كيفية مشاركة معلوماتك في الحالات المذكورة أدناه، تحدث إلينا. أخبرنا ماذا تريد أن نفعل، وسنتبع توجيهاتك.

<ul style="list-style-type: none"><li>● مشاركة المعلومات مع أسرتك أو أصدقائك المقربين أو الأشخاص الآخرين المشاركين في رعايتك.</li><li>● مشاركة المعلومات عند الإغاثة في حالات الكوارث.</li></ul> <p>إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بتفضيلاتك، على سبيل المثال، إذا كنت فاقداً للوعي، فقد نشارك معلوماتك بالفعل إذا اعتقدنا أن هذا في مصلحتك. يمكننا أيضًا مشاركة معلوماتك عند الضرورة لتخفيف تهديد خطير ووثيك على الصحة أو السلامة.</p>	<p>في هذه الحالات، لديك الحق والاختيار أن نخبرنا بما يلي:</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>● الأغراض التسويقية.</li><li>● بيع معلوماتك.</li><li>● معظم حالات مشاركة تقارير العلاج النفسي.</li></ul>	<p>في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك إطلاقاً إلا إذا أعطيتنا إذنًا كتابياً:</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>● قد نتواصل معك بشأن جهود جمع التبرعات، لكنك تستطيع تبليغنا بعدم التواصل معك مرة أخرى.</li></ul>	<p>في حالة جمع التبرعات:</p>

## الاستخدامات وحالات الإفصاح لدينا

كيف نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً؟  
نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها عادةً من خلال السبل التالية.

<b>معالجتك</b>	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع المختصين الآخرين الذين يعالجونك.	<b>مثال:</b> طبيب يعالجك من إصابة سأل طبيياً آخر بشأن حالتك الصحية العامة.
<b>إدارة منظمنا</b>	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها من أجل إدارة عياداتنا وتحسين الرعاية التي تتلقاها والتواصل معك عند الضرورة.	<b>مثال:</b> نستخدم المعلومات الصحية المتعلقة بك لإدارة علاجك وخدماتك.
<b>إصدار فواتير خدماتك</b>	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها لإصدار الفواتير وتلقي المدفوعات من البرامج الصحية أو الكيانات الأخرى	<b>مثال:</b> نعطي معلومات عنك إلى برنامج تأمينك الصحي لكي يدفع مقابل خدماتك.
<b>التواصل معك</b>	يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية للتواصل معك لتبليغك بمعلومات عن العلاج وتعليمات رعاية المتابعة، أو معلومات عن الخدمات التي نقدمها.	<b>مثال:</b> قد نتواصل معك بشأن المواعيد المقررة أو الملغاة أو تحديثات التسجيل أو التأمين أو شؤون الفواتير أو الدفع أو التقييم قبل العملية أو استبيانات رضا العملاء أو نتائج الفحوصات.

ما السبل الأخرى التي يمكننا من خلالها استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ يُسمح لنا بمشاركة معلوماتك أو يتعين علينا ذلك بطرق أخرى؛ عادةً ما تكون طرقاً تساهم في الصالح العام مثل الصحة العامة والأبحاث. ويجب أن نستوفي شروطاً كثيرة في القانون قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. لمزيد من المعلومات، راجع:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

يمكننا مشاركة معلومات صحية متعلقة بك في حالات معينة كما يلي:	المساعدة على حل مشكلات الصحة العامة والسلامة
<ul style="list-style-type: none"><li>• الوقاية من الأمراض.</li><li>• المساعدة على سحب منتجات من السوق.</li><li>• البلاغ عن التفاعلات الضارة تجاه الأدوية.</li><li>• البلاغ عن حالات الإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي المشتبه بها.</li><li>• منع تهديد خطير على صحة أو سلامة أي شخص أو تخفيفه.</li></ul>	
يمكننا استخدام معلوماتك أو مشاركتها لإجراء أبحاث صحية. في معظم الحالات، تُحذف هوية المعلومات المتعلقة بك قبل مشاركتها؛ وإذا لم يكن هذا ممكناً، فلن نشارك المعلومات إلا بموافقتك المستنيرة فقط.	إجراء الأبحاث
سنشارك معلومات عنك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفدرالية تقتضي هذا، بما في ذلك مشاركتها مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت معرفة أننا نمثل لقانون الخصوصية الفدرالي.	الامتثال للقانون
يمكننا مشاركة معلومات صحية متعلقة بك مع منظمات شراء الأعضاء.	الاستجابة لطلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة
يمكننا مشاركة المعلومات الصحية مع محقق الوفيات أو الطبيب الشرعي أو متعهد دفن الموتى عندما يموت أحد الأشخاص.	العمل مع طبيب شرعي أو متعهد دفن الموتى

<p>يمكننا استخدام معلومات صحية متعلقة بك أو مشاركتها في الحالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• من أجل مطالبات تعويض العاملين.</li> <li>• لأغراض إنفاذ القانون أو مشاركتها مع أحد مسؤولي إنفاذ القانون.</li> <li>• مع وكالات الإشراف الصحي في الأنشطة التي يصرّح بها القانون.</li> <li>• من أجل الوظائف الحكومية الخاصة مثل الجيش والأمن القومي وخدمات الحماية الرئاسية.</li> </ul>	<p>معالجة طلبات تعويضات العمال وإنفاذ القانون وغيرها من الطلبات الحكومية</p>
<p>يمكننا مشاركة معلومات صحية عنك استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري أو استجابةً لمذكرة استدعاء (ما لم تنطبق معايير أكثر صرامة بالولاية تمنع حالات الإفصاح هذه).</p>	<p>الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية</p>

بشكل عام، سنطلب منك موافقتك الكتابية أو أمر القاضي قبل مشاركة بعض المعلومات الحساسة عنك، مثل:

- سجلات تعاطي الكحوليات والمواد المخدرة. يُرجى الملاحظة أن القوانين واللوائح الفدرالية تحمي سرية سجلات المرضى الذين يعانون اضطراب تعاطي المواد المخدرة. ويتوفر ملخص للقوانين واللوائح الفدرالية في صفحة 10 من هذا الإشعار. نحن نشجعك على مراجعته بعناية.
- المعلومات المتعلقة بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو مركب الحالات المرتبطة بالإيدز (ARC) أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الحالة أو نتائج الفحوصات، بغض النظر عما إذا كانت نتائج الفحص إيجابية أو سلبية.
- الأمراض المنقولة جنسيًا.
- نتائج الفحوصات الوراثية.
- الموافقة على الإجهاض.
- استشارات ضحايا العنف المنزلي أو الاعتداء الجنسي.
- بعض وثائق العلاج النفسي المعينة.
- المراسلات مع مقدمي خدمات الصحة النفسية والأخصائيين الاجتماعيين.



## مسؤولياتنا

- نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية وأمانها.
- سنعلمك على الفور في حالة حدوث انتهاك قد يؤثر سلبيًا على خصوصية معلوماتك وأمنها.
- يجب علينا الالتزام بالواجبات وممارسات الخصوصية المُوضحة في هذا الإشعار وإعطاؤك نسخة منه.
- لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها لأسباب أخرى غير مذكورة هنا، ما لم تُصرِّح لنا بذلك كتابةً. في حالة التصريح لنا بذلك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. يُرجى تبليغنا كتابيًا إذا غيرت رأيك.

لمزيد من المعلومات، راجع:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

### كم من الوقت نحفظ بمعلوماتك؟

إننا نسجل المعلومات الصحية في صيغة ورقية أو إلكترونية أو صور فوتوغرافية ونحتفظ بها لمدة 20 عامًا بعد الخروج من المستشفى أو العلاج النهائي. تُحفظ السجلات الأخرى وفقًا للقوانين أو اللوائح الفدرالية وتلك الخاصة بالولاية. وتتاح نسخة من توجيهات الاحتفاظ بالسجلات الطبية لدينا عند الطلب.

### التغييرات المُجرأة على شروط هذا الإشعار

يمكننا تغيير شروط هذا الإشعار وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات المتعلقة بك لدينا. وسيتاح الإشعار الجديد عند الطلب، في مكتبنا وعلى موقعنا الإلكتروني.

### الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت، يمكنك تقديم شكوى إلينا أو إلى أمين وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. لتقديم شكوى إلينا، تواصل مع مسؤول الشكاوى لدينا على العنوان 1881 Worcester Road, Framingham, MA 01701 أو البريد الإلكتروني [CCO@Advocates.org](mailto:CCO@Advocates.org). يجب تقديم كل الشكاوى كتابيًا. يمكن التواصل مع مسؤول الخصوصية لدينا على الرقم 877 296-5432 وسيساعدك في كتابة الشكوى، إذا طلبت ذلك. لن ننقم منك على تقديم شكوى.

## اتصل بنا

إذا كانت لديك أسئلة بشأن إشعار ممارسات الخصوصية هذا، يُرجى التواصل مع:

كبير مسؤولي الامتثال لدى Advocates

الهاتف: 877-296-5432

البريد الإلكتروني: [CCO@Advocates.org](mailto:CCO@Advocates.org)

بالنسبة إلى طلبات السجلات الطبية، تواصل مع:

مركز السجلات (Records Center)

1881 Worcester Road

Framingham, MA 01701

الهاتف: 508-628-6300

البريد الإلكتروني: [RecordsCenter@Advocates.org](mailto:RecordsCenter@Advocates.org)

تاريخ سريان هذا الإشعار هو 21 فبراير 2024.

## سرية سجلات العلاج من تعاطي المواد المخدرة

**حقوقك واختياراتك:** إن القوانين واللوائح الفدرالية تحمي سرية سجلات المرضى التي نحتفظ بها بشأن علاج تعاطي المواد المخدرة. وهذا بموجب القسم 290dd-2 من الباب 42 في قانون الولايات المتحدة (U.S.C.)، والقسم 290ee-3 من الباب 42 في قانون U.S.C.، والجزء 2 من الباب 42 في قانون اللوائح الفدرالية (C.F.R.) (الجزء 2). يوفر الجزء 2 وسائل حماية فدرالية أكثر صرامة من قوانين الخصوصية الصحية الأخرى ويتطلب موافقة المريض، باستثناءات محدودة، للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية حتى وإن كان هذا لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كل عملية إفصاح عن المعلومات بموافقتك الكتابية ستضمن إشعارًا إلى المستلم بأنه يحظر الإفصاح عن المعلومات بأي صورة أخرى، ما لم تسمح بذلك صراحةً من خلال موافقتك الكتابية أو حسبما يسمح الجزء 2 بخلاف ذلك. إذا أردت أن تسمح لنا بمشاركة معلوماتك الحساسة مع مقدمي الرعاية الآخرين أو كيانات خارجية من أجل تنسيق الرعاية، يمكنك توقيع نموذج موافقة يحدد الجهات التي يمكننا الإفصاح إليها عن تلك المعلومات.

**الاستخدامات وحالات الإفصاح المسموح بها:** يُرجى الملاحظة أن القانون الفدرالي يسمح لنا بالإفصاح عن سجلات علاجك من تعاطي المواد المخدرة دون الحصول على إذنك الكتابي في الحالات التالية:

- بموجب اتفاقية مع منظمة خدمات مؤهلة/شريك أعمال.
- للموظفين المؤهلين بهدف إجراء الأبحاث.
- لأغراض التدقيق أو تقييمات البرامج.
- للبلاغ عن جريمة في منشآت أحد برامج Advocates الخاضعة للجزء 2، أو جريمة ضد أي من موظفي Advocates الذين يعملون في أحد برامج علاج تعاطي العقاقير أو الكحول الخاضعة لبرنامج الجزء 2 لدينا.
- للطواقم الطبي في حالة طوارئ طبية.
- للسلطات المعنية المحلية أو التابعة للولاية للبلاغ عن حالة مشتبه فيها لإساءة معاملة أو إهمال أطفال.
- حسبما يسمح به أمر محكمة.

في حالات الأزمات، يمكن خرق هذه السرية لضمان سلامتك. ولا يجوز الإفصاح عن المعلومات في كل حالة إلا بالقدر الضروري فقط.

من المهم ملاحظة أنك قد ترى أحياناً موظفي برامج Advocates لعلاج تعاطي العقاقير أو الكحول (موظفي برنامج الجزء 2) في الأماكن العامة. لن يقترب منك موظفو برنامج الجزء 2 في المجال العام. لكن إذا رأيت أحد موظفي برنامج الجزء 2 في مكان عام وأردت التحدث إليه، يمكنك الاقتراب منه مع المخاطرة بالكشف عن هويتك لمسؤولي البرنامج.

**البلاغ عن الانتهاك:** يُرجى العلم أن انتهاك القانون الفدرالي ولوائح الجزء 2 يُعد جريمة، ويمكن البلاغ عن الانتهاكات المُشتبه بها حسبما يلي:  
يمكن تبليغ الجهات التالية بأي انتهاك للجزء 2:

- الخط الساخن لشؤون الامتثال دون الكشف عن الهوية في Advocates على رقم 296-5432 (877)
- مسؤول الخصوصية لدى Advocates: [privacyofficer@advocates.org](mailto:privacyofficer@advocates.org)
- المدعي العام الأمريكي،

United States Attorney's Office  
John Joseph Moakley U.S. Courthouse  
One Courthouse Way, Suite 9200  
Boston, MA 02210  
ATTN: Duty Paralegal.

- مكتب إدارة خدمات تعاطي المواد المخدرة والصحة النفسية (SAMHSA) المسؤول عن الإشراف على برنامج علاج تعاطي الأفيون على: مسؤول امتثال برنامج علاج تعاطي الأفيون لدى SAMHSA  
تواصل مع مركز SAMHSA لعلاج تعاطي المواد المخدرة (CSAT) على **866-BUP-CSAT** أو [infobuprenorphine@samhsa.hhs.gov](mailto:infobuprenorphine@samhsa.hhs.gov) (866-287-2728)

## الإقرار الخاص بإشعار ممارسات الخصوصية

بالتوقيع أدناه فإنني، (اسم متلقي الخدمة) \_\_\_\_\_ ، أقر بأنني تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية لدى (اسم المنظمة) الساري حاليًا. لقد قرأت وفهمت شروط هذا الإشعار وأُتيحت لي فرصة لطرح أسئلة عن استخدام معلوماتي الصحية أو الإفصاح عنها.

توقيع متلقي الخدمة/الممثل الشخصي (إن وُجد)

التاريخ

اسم الممثل الشخصي بأحرف واضحة

الصلة بمتلقي الخدمات

### OFFICE USE ONLY (للاستخدام الرسمي فقط)

تلقى الشخص إشعار ممارسات الخصوصية في (التاريخ) \_\_\_\_\_ عن طريق:

لقاء بالحضور الشخصي

البريد

البريد الإلكتروني

غير ذلك:

تعدّ الحصول على الموافقة الكتابية والإقرار بسبب:

متلقي الخدمة/الممثل القانوني رفض التوقيع

التحقق من استلام البريد الإلكتروني

غير ذلك: \_\_\_\_\_

اسم الموظف ومُسماه الوظيفي: \_\_\_\_\_

توقيع الموظف: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

نموذج الملف في السجل