

إقرار بدل سكن

Attestation of Accommodation Compensation

Name /

Working at

Holding the position of

Hereby attest that none of my legally recognized dependent family members have received any accommodation compensation from any government agency for my contract for the year If proven otherwise, I accept full responsibility.

Party Concerned

Name /

Signature /

Date /

Department Approval

Name /

Signature/

Function /

أقر أنا المتعاقد /

والذي أعمل بـ

على وظيفة /

انه لم يسبق أن صرف لأحد من أفراد عائلتي الذين أعولهم شرع بدل سكن من أي جهة حكومية عن عقدي لعام /

وفي حالة ورود ما يخالف ذلك فإنني أتحمل كامل المسؤولية المترتبة على ذلك بموجب النظام. هذا وقد فهمت نص هذا الإقرار وعلمت مضمونه وأوقع على ذلك.

والله ولي التوفيق

المقر بما فيه

الاسم /

التوقيع /

التاريخ /

تصديق جهة العمل

اسم المسؤول /

التوقيع /

الوظيفة /