

رمز النموذج: م ب 25	اسم النموذج: الغاء اشتراك التأمين الصحي	 جامعة عجلون الوطنية Ajloun National University
رقم الاصدار: 1	الجهة المصدرة: دائرة الموارد البشرية	
الجهة المدققة: دائرة الاعتماد وضبط الجودة		
جهة الإقرار: مجلس العمداء رقم القرار: 2021-2020/78 تاريخ القرار: 2021/6/19		

السيد مدير دائرة الموارد البشرية المحترم

تحية طيبة وبعد،،،

أنا الموقع أدناه .....، يرجى العلم بعدم رغبتني في الاشتراك بالتأمين الصحي

التابع لجامعة عجلون الوطنية، علماً بأنني تقدمت سابقاً بنموذج طلب اشتراك، وذلك اعتباراً من تاريخ ...../...../202....، وعلى

مسؤوليتي أوقع.

الاسم:

التوقيع:

التاريخ: