

وزارة العمل والتأهيل  
مركز ضمان الجودة والمعايرة المهنية

نموذج طلب الإعتماد المؤسسي عن بعد

بيانات المؤسسة التدريبية	
اسم المؤسسة التدريبية	
نوع المؤسسة	<input type="checkbox"/> حكومي <input type="checkbox"/> قطاع خاص
اسم المدينة	
اسم الحى / أقرب نقطة دالة	
رقم الهاتف	
البريد الإلكتروني	

بيانات التواصل مع مسؤولي المؤسسة	
اسم مدير المؤسسة	
رقم الهاتف	
البريد الإلكتروني	
اسم الشخص المكلف بالتواصل	
الصفة	
رقم الهاتف	

اسم مقدم الطلب ثلاثي	
الصفة	
تاريخ تقديم الطلب	
التوقيع والختم	

ملاحظات هامة

- عند توقيعك علي هذا النموذج يعني انك موافق على البيانات الاتية:
- 1.أوافق على اجراء الإعتماد المؤسسي عن بعد وأتعهد بأن كافة البيانات التي ترسل عبر هذا الايميل إلى البريد الالكتروني الخاص بالمركز صحيحة،واتحمل كافة المسؤولية القانونية حيال ذلك.
  - 2.أوافق على اجراء الاتصال المباشر والتصوير المباشر وفق ما يطلبه فريق الاعتماد بالمركز وأتعهد بأن كل ما يبيث فى ذلك الاتصال المباشر هو صحيح ويمثل فضاء مؤسستنا التدريبية ومرافقها.
  - 3.أتعهد بتوفير كافة المتطلبات اللازمة لضمان جودة الاعتماد المؤسسي عن بعد.
- تنبيه: يعتبر المركز غير مسئول عن أى بيانات أو معلومات أو محادثات لم تكن صحيحة. وكذلك للمركز الحق فى الاحتفاظ بكافة البيانات والتسجيلات التى تمت عبر الاتصال المباشر لاجراء الاعتماد المؤسسي لمؤسستكم التدريبية عن بعد.

الرجاء إرسال النموذج علي البريد الإلكتروني التالي: [acc@qacc.ly](mailto:acc@qacc.ly)