

**Participation form****استمارة طلب مشاركة****Health Promoting workplace program****برنامج أماكن عمل معززة لأنماط صحية**

Date		التاريخ
Institute Name		اسم المؤسسة
Name of institution director/head		اسم مدير/مسئول المؤسسة
Institute program coordinator		اسم منسق البرنامج بالمؤسسة
Contact Number		رقم التواصل
Email		البريد الالكتروني
Institute Employee No.		عدد موظفي المؤسسة
CR No. for non-governmental institutions		رقم السجل التجاري للقطاع غير الحكومي

Participation Level:**مستوى البرنامج:** Silver level المستوى الفضي Gold level المستوى الذهبي Diamond level المستوى الألماسي

Institution director/head Signature: _____

توقيع المدير/المسئول بالمؤسسة:

signing the participation form is considered as approval from the institution to:

يعتبر توقيع استمارة طلب المشاركة كموافقة من المؤسسة على:

1. Implementing no less than 80% of the program requirements.
2. Implementing the program within two years from signing date.
3. The entity that meets the standards is granted an accreditation certificate valid for 3 years, re-evaluation is required for accreditation renewal.

1. تنفيذ متطلبات البرنامج بنسبة لا تقل عن 80% من إجمالي المطلوب.
2. تنفيذ البرنامج في مدة لا تتجاوز عامين من تاريخ توقيع استمارة طلب المشاركة.
3. تمنح الجهة المستوفية للمعايير شهادة اعتماد سارية المفعول لمدة 3 أعوام ومن ثم يتم إعادة التقييم لتجديد الاعتماد.