

إقرار بكفالة طالب موفد للدراسة

كلية:

• بيانات شخصية للموفد

اسم الطالب بالكامل: مكان و تاريخ الميلاد:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم الوطني:

رقم جواز السفر: تاريخ و مكان الإصدار: الصلاحية:

رقم البطاقة الشخصية: تاريخ و مكان إصدارها:

رقم الهاتف النقال: رقم هاتف المنزل:

البريد الإلكتروني:
عنوان الطالب كاملاً:

جهة العمل:
بلد الدراسة: الجامعة: المدينة:

التخصص: الدرجة الموفد لها: تاريخ الإيفاد:

أتعهد أنا الطالب المذكور أعلاه والموفد في بعثة دراسية إلى:
أن ألتزم بالآتي:

1. الأحكام الواردة بلائحةبعثات الدراسية.
2. القوانين والنظم التي تصدرها الجهات المختصة في الدولة لتنظيم شؤون المعواثين.
3. العمل مع جهة الترشيح بعد تخرجي ضعف المدة التي أمضيتها في البعثة.
4. عدم القيام بأي نشاط يُسيء إلى سمعة ليبيا بالخارج.
5. عدم التدخل في الشؤون الداخلية لبلد الدراسة.
6. إنهاء دراستي في المدة المحددة وفق اللوائح والقوانين.
7. عدم تغيير التخصص الموفد من أجله إلا بعد الحصول على موافقة مسبقة من جهة الترشيح.
8. عدم تغيير الساحة الموفد إليها إلا بعد الحصول على موافقة إدارة بعثات الدراسية.
9. عدم مغادرة بلد الدراسة لأي سبب من الأسباب إلا بعد الحصول على موافقة خطية من الشؤون الثقافية بالسفارة الليبية بالبلد الموفد إليها.

10. احترام القوانين واللوائح والتنظيمات التي تصدرها الجهات المختصة في الدولة.
 11. تقديم تقارير دورية منتظمة عن وضعى الدراسي فى مدة لا تتجاوز أسبوع من تاريخ إعلان نتيجة كل امتحان إلى الشؤون الثقافية بالسفارة الليبية.
 12. عدم القيام بأى عمل يخل بالشرف أو يلحق ضرر بالآخرين الأمر الذى يستدعي إبعادى عن بلد الدراسة.
 13. الاهتمام بدراسى وتوجيه كل الاهتمام وأداء الامتحانات فى مواعيدها.
 14. إبلاغ السفارة الليبية بأى تغير يطرأ على وضعى الاجتماعى أو الأكاديمى بأسرع وقت ممكن.
 15. العودة إلى ليبيا فور تخرجى والقدوم إلى إدارة البعثات الدراسية وذلك في مدة لا تتجاوز شهراً من تاريخ تخرجى مصحوباً بالآتى:
 - إفادة التخرج الأصلية مصدقة (مرفق معها صورة ضوئية للمطابقة) إضافة إلى ترجمتها للغة العربية، ومعادلتها من مركز ضمان جودة واعتماد المؤسسات التعليمية.
 - إلقاء طرف من السفارة الليبية لدى البلد الموفد إليها.
 16. في حالة مخالفتى أو إخلالى بأى شرط من هذه الشروط الأمر الذى يعطى الحق للجهات المختصة اتخاذ الإجراءات الازمة والتي تنص على إيقاف الصرف حيالى خلال ثلاثة يومناً من تاريخ العودة إلى ليبيا، وكما يحق للجهات المختصة مطالبتي باسترداد جميع النفقات والأموال التى صرفت على خلال مدة البعثة، واتخاذ كافة الإجراءات القانونية الازمة.

التاريخ: / / الموافق: / /

توقيع الطالب

بيانات خاصة بالكفيل

أنا (الاسم رباعي)

الرقم الوطني:

..... رقم بطاقة شخصية:..... صادرة في:..... بتاريخ:.....

.....المقيم في:.....وكفيل الطالب:.....الهاتف:.....

العنوان: وصفتي:

اتكفل برد كافة النفقات والأموال التي صرفت على الطالب المذكور أعلاه طوال مدة دراسته في حالة إخلائه

بموجب الشروط المتصوّص عليها أعلاه.

التاريخ: / / الموافق: / /

الموافق: / /

التاريخ: / /

توقيع الكفيل

بصمة الكفيل

محرر العقود:

الاسم : ..

العنوان:

التصديق على عقد الكفالة والتعهد من طرف محرر العقود

.....

الموافق: / / الموافق: / / التاريخ:

صورة إلى: إدارة الدراسات العليا والتدريب.