

CPR No.	الرقم الشخصي	Type of Procedure for Compulsory Insurance	نوع الإجراء للتأمين الإلزامي
		<input type="checkbox"/> إستبعاد Termination	<input type="checkbox"/> سبق تسجيله Previously Insured
			<input type="checkbox"/> جديد New

Personal Details

Family Name	اسم العائلة	Grand Father's Name	اسم الجد	Father's Name	اسم الأب	First Name	الاسم الأول

Date of Birth	تاريخ الميلاد	Nationality	الجنسية	Relationship with the Employer	صلة القرابة

Passport No.	رقم الجواز	Sex	الجنس	Marital Status	الحالة الاجتماعية
		<input type="checkbox"/> أنثى Female	<input type="checkbox"/> ذكر Male		

Address

Area	المنطقة	Block	مجمع	P.O. Box	ص.ب.	Villa / Bldg	فيلا / مبنى	Flat	شقة

Last Qualification	آخر المؤهلات	Date of Coverage	تاريخ الخضوع للتأمين	Joining Date	تاريخ الإلتحاق بالعمل

Job Details

Establishment No.	رقم المنشأة	Branch No.	رقم الفرع	Establishment Name	اسم المنشأة	لاستعمال التأمين الإلزامي فقط For Compulsory Only

Salary	الأجر	Job Title	المهنة

Termination Details

Last Date of Working	تاريخ آخر يوم عمل	Reason For Termination	سبب إنهاء الخدمة

Declaration

The Establishment and worker hereby declare that the above-mentioned details correct. تفر المنشأة والعامل بأن البيانات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتها.

Date	التاريخ	Employer's Name	اسم صاحب العمل

Workers Signature	توقيع العامل	Employer's Signature and Stamp	توقيع وختم صاحب العمل

Official Use Only

Type of Correction	نوع التصحيح
1-	٢- ١-
3-	٤- ٣-

GOSI's Stamp

ختم الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية