



Date:

--	--

التاريخ:

Name:

--	--

الاسم:

ID Number:

--	--

رقم البطاقة:

Driver's
Name

--	--

اسم السائق:

ID Number:

--	--

رقم إثبات
الشخصية:

Duration:

--	--

مدة التصريح:

All information above is correct and he will be under my responsibility in case of any violations within KAMC .

جميع المعلومات أعلاه صحيحة و سوف اكون مسنولة عن السائق في حال صدر منه أي تصرف غير مسنول داخل مدينة الملك عبدالعزيز الطبية.

Signature:

--

التوقيع:

Kindly fill up the form and attach the requested documents:

يرجى تعبئة النموذج وإرفاق المستندات المطلوبة:

1. The student ID - University card - .
2. The driver ID/ Iqama.
3. The driving license.
4. The car registration.
5. The driving delegation – if applicable - .

1. بطاقة الطالب الجامعية.
2. هوية السائق / الإقامة.
3. رخصة القيادة.
4. استمارة السيارة.
5. تفويض القيادة - إن وجد - .

*Only PDF form is accepted.

*يتم قبول نموذج PDF فقط.