|  |
| --- |
| **طلب اعتماد مقدم نشاط تطوير مهني قانوني مستمر**  |

|  |
| --- |
| القسم الأول: معلومات عن الجهة الطالبة في دولة الإمارات العربية المتحدة |
| اسم الجهة: | Click here to enter text. |
| اسم الرئيس التنفيذي/ المدير المسؤول: | Click here to enter text. | رقم الهاتف: | Click here to enter text. |
| عنوان البريد الإلكتروني: | Click here to enter text. |
| اسم مدير المكتب/ السكرتير: | Click here to enter text. | رقم الهاتف: | Click here to enter text. |
| عنوان البريد الإلكتروني: | Click here to enter text. |
| النشاط المصرح به\*  | مكتب استشارات قانونية | [ ]  | مكتب محاماة | [ ]  | أخرى: | Click here to enter text. |
| سلطة الترخيص التجاري\* | دائرة التنمية الاقتصادية | [ ]  | مركز دبي المالي العالمي | [ ]  | أخرى: | Click here to enter text. |
| مركز دبي للسلع المتعددة | [ ]  | تيكوم | [ ]  |
| **بيانات المكتب (داخل الدولة):** |
| اسم المبنى: | Click here to enter text. | الطابق: | Click here to enter text. |
| اسم الشارع: | Click here to enter text. | المنطقة: | Click here to enter text. |
| ص. ب.: | Click here to enter text. | الإمارة: | Click here to enter text. |
| رقم الهاتف: | Click here to enter text. | رقم الفاكس: | Click here to enter text. |
| عنوان البريد الإلكتروني للمكتب: | Click here to enter text. |
| **المفوض بالتوقيع** **نيابة عن الجهة**\* |
| الاسم الكامل | عنوان البريد الإلكتروني | رقم الهاتف |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| **بيانات المكتب الرئيسي** (في حال وجوده خارج الإمارة) |
| العنوان الكامل: | Click here to enter text. |
| ص. ب.: | Click here to enter text. | المدينة | Click here to enter text. |
| الدولة | Click here to enter text. |
| رقم هاتف المكتب: | Click here to enter text. | رقم الفاكس: | Click here to enter text. |
| عنوان البريد الإلكتروني للمكتب: | Click here to enter text. |
| تاريخ التأسيس: | Click here to enter text. |
| **معلومات الاتصال بالمكتب الرئيسي** (خارج الإمارة)**:** |
| **الرئيس التنفيذي/ المدير المسؤول** |
| الاسم الكامل | عنوان البريد الالكتروني | رقم الهاتف |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| **المسؤول عن الشكاوى** |
| الاسم الكامل | عنوان البريد الالكتروني | رقم الهاتف |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **القسم الثاني:** مؤهلات **التدريب** |
| الخبرة في المجال القانوني ✓ |
| Click here to enter text. |
| الخبرة في مجال تدريب التطوير المهني ✓  |
| Click here to enter text. |
| الخبرة في مجال التدريب المؤسسي ✓ |
| Click here to enter text. |
| الجهات المعتمد لديها / المنتسب لها \* ✓  |
| Click here to enter text. |
|  محتوى البرامج التدريبية المقترحة وكيفية تقديمها وأثرها على التطوير المهني القانوني✓ |
| Click here to enter text. |

\* يرجى إرفاق كافة المستندات الدالة على ذلك

**✓** يرجى الكتابة بالتفصيل

|  |
| --- |
| أقر بأن ما ورد من معلومات وبيانات في هذا الطلب صحيحة ودقيقة، وبأنني لدي الصلاحية اللازمة للتوقيع عليه. |
|  أقر بأن جميع المستندات المرفقة بهذا الطلب صحيحة. |
| أتعهد بتزويد الدائرة بكافة ما تطلبه من مستندات ومعلومات، والإفصاح عن أية أمور قد تطرأ وتؤثر على إمكانية استمراري في تقديم أنشطة التطوير المهني القانوني المستمر المعتمدة. |
| أتعهد بالوفاء بكافة الالتزامات الواردة باللوائح والقرارات والتعليمات والإرشادات الصادرة عن الدائرة الخاصة ببرنامج التطوير المهني القانوني المستمر. |

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم الكامل لمقدم الطلب  | Click here to enter text. |
| التوقيع |  |
| التاريخ  | Click here to enter text. |

يرجى طباعة النموذج والتوقيع عليه قبل ارساله للدائرة