

مستقبل زاهر وتنمية مستدامة



أمر ملكي

صالح الفوزان مفتياً عاماً للمملكة

الرياض - واس

صدر يوم الأربعاء ٣٠ ربيع الآخر ١٤٤٧هـ الموافق ٢٢ أكتوبر ٢٠٢٥م،

أمر ملكي فيما يلي نصه:

الرقم: ١١١/أ

التاريخ: ٣٠ / ٤ / ١٤٤٧هـ

بِعون الله تعالى

نحن سلمان بن عبدالعزيز آل سعود

ملك المملكة العربية السعودية

بعد الاطلاع على النظام الأساسي للحكم، الصادر بالأمر الملكي رقم

(٩٠ / أ) بتاريخ ٢٧ / ٨ / ١٤١٢هـ.

وبعد الاطلاع على نظام الوزراء ونواب الوزراء وموظفي المرتبة الممتازة،

الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م / ١٠) بتاريخ ١٨ / ٣ / ١٣٩١هـ.

وبعد الاطلاع على الأوامر الملكية رقم (أ / ٤) بتاريخ ٢٠ / ١ / ١٤١٤هـ،

ورقم (أ / ١٤) بتاريخ ٣ / ٣ / ١٤١٤هـ، ورقم (أ / ٨٢) ورقم (أ / ٨٣)

المؤرخين في ٢٩ / ٢ / ١٤٤٦هـ.

وبناءً على ما عرضه علينا سمو ولي العهد.

أمرنا بما هو آت:

أولاً: يعين فضيلة الشيخ الدكتور / صالح بن فوزان بن عبدالله الفوزان

مفتياً عاماً للمملكة العربية السعودية ورئيساً لهيئة كبار العلماء ورئيساً

عاماً للرئاسة العامة للبحوث العلمية والإفتاء بمرتبة وزير.

ثانياً: يبلغ أمرنا هذا للجهات المختصة لاعتماده وتنفيذه.

سلمان بن عبدالعزيز آل سعود

مضامين

الإشادة بنجاح أعمال المعرض
والمؤتمر السعودي الدولي للخطوط
الحديدية.



• الرياض - واس

تناول مجلس الوزراء خلال جلسته المنعقدة برئاسة صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن سلمان بن عبدالعزيز آل سعود، ولي العهد رئيس مجلس الوزراء، خطط برامج التطوير في عدد من الجهات الحكومية، ولا سيما المتصلة بمنظومة

اتفاقية مقر بين حكومة المملكة
والمركز العربي لدراسات المناطق
الجافة والأراضي القاحلة.



التحتية للمنطقة المركزية في مكة المكرمة، لتصبح نموذجاً عالمياً في العمران، ومساهماً رئيساً في تقديم خدمات ذات جودة عالية لقاصدي المسجد الحرام، بما يتماشى مع مستهدفات برنامج خدمة ضيوف الرحمن.

المشاريع التنموية، والمبادرات المتعلقة بتعزيز مستوى الخدمات والإنتاجية، وتسخير القدرات ومختلف الإمكانيات، وصولاً إلى مستقبل زاهر وتنمية مستدامة. وبارك المجلس إطلاق مشروع «بوابة الملك سلمان» الذي يمثل نقلة نوعية في تطوير البنية

• التفاصيل ص ٢

ولي العهد يستقبل أمراء وعلماء ووزراء ومواطنين



• الرياض - واس

٢١ أكتوبر ٢٠٢٥م، أصحاب السمو الأمراء، وأصحاب الفضيلة العلماء، والمعالين الوزراء، وجمعاً من المواطنين، الذين قدموا للسلام على سمو ولي العهد حفظه الله. وفي بداية الاستقبال أنصت الجميع إلى آيات من الذكر الحكيم، ثم تشرف الحضور بالسلام على سمو ولي العهد أيده الله.

استقبل صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن سلمان بن عبدالعزيز آل سعود، ولي العهد رئيس مجلس الوزراء، في الديوان الملكي بقصر اليمامة في الرياض، يوم الثلاثاء ٢٩ ربيع الآخر ١٤٤٧هـ الموافق

قرار رئيس الهيئة العامة للنقل رقم

(١/٤٧/٢٥٧) وتاريخ ١٣/٠٤/١٤٤٧هـ



أو آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار التي تمس تنظيم دخول السوق، أو تمس الخدمة، أو تؤثر على الانطباع العام عن النشاط، أو التسعير.

• التفاصيل ص ٣-٦

صدر قرار رئيس الهيئة العامة للنقل المكلف باعتماد آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار، وجدول المخالفات والعقوبات. ومما جاء في القرار أن يُنشر في الجريدة الرسمية، ويُعمل به من تاريخ نشره، ويلغى كل ما يتعارض معه من قرارات سابقة، ويُبعت أصل هذا القرار لسعادة وكيل الهيئة للنقل البري لإبلاغ من يلزم لتنفيذ مقتضاه. وعرفت الآلية المخالفة الجسيمة بأنها الأفعال التي تشكل انتهاكاً لأحكام النظام

برئاسة ولي العهد.. مجلس الوزراء:

تأكيد دعم المملكة للجهود الرامية إلى تحقيق الأمن والسلام في العالم



• الرياض - واس

رأس صاحب السمو الملكي الأمير محمد بن سلمان بن عبدالعزيز آل سعود، ولي العهد رئيس مجلس الوزراء حفظه الله، الجلسة التي عقدها مجلس الوزراء، يوم الثلاثاء ٢٩ ربيع الآخر ١٤٤٧ هـ الموافق ٢١ أكتوبر ٢٠٢٥ م، في الرياض. وفي بداية الجلسة أطلع سمو ولي العهد مجلس الوزراء على مضمون الاتصال الهاتفي الذي تلقاه من فخامة رئيس الجمهورية الفرنسية إيمانويل ماكرون، وما جرى خلاله من استعراض لتطورات الأوضاع في قطاع غزة، والتأكيد على ضرورة رفع المعاناة الإنسانية فوراً عن الشعب الفلسطيني الشقيق، والانسحاب الإسرائيلي الكامل، والاتفاق على أهمية البدء بخطوات عملية لتحقيق السلام العادل على أساس حل الدولتين. وأكد المجلس دعم المملكة العربية السعودية الجهود الإقليمية والدولية الرامية إلى تحقيق الأمن والسلم في العالم أجمع، مجدداً في هذا الصدد الترحيب باتفاق باكستان وأفغانستان على وقف فوري لإطلاق النار، وإنشاء آليات تُعنى بترسيخ السلام والاستقرار الدائمين بين البلدين. وأوضح معالي وزير الإعلام الأستاذ سلمان بن يوسف الدوسري، في بيانه

تأكيداً على اهتمام الدولة ودعمها غير المحدود لتمكين تلك القطاعات وغيرها من مواصلة التميز في التنافسية والريادة العالمية. وأشاد المجلس بنجاح أعمال المعرض والمؤتمر السعودي الدولي للخطوط الحديدية، وما شهدت النسخة (الثانية) من مشاركة (٢٢) دولة حول العالم، وتوقيع أكثر من (٥٠) عقداً واتفاقية ستسهم بمشيئة الله، في دعم مستهدفات الاستراتيجية الوطنية للنقل والخدمات اللوجستية. وأطلع مجلس الوزراء على الموضوعات المدرجة على جدول أعماله، من بينها موضوعات اشترك مجلس الشورى في دراستها، كما أطلع على ما انتهى إليه كل من مجلسي الشؤون السياسية والأمنية، والشؤون الاقتصادية والتنمية، واللجنة العامة لمجلس الوزراء، وهيئة الخبراء بمجلس الوزراء في شأنها، كما أطلع مجلس الوزراء على عدد من الموضوعات العامة المدرجة على جدول أعماله، من بينها تقارير سنوية للهيئة العامة للتجارة الخارجية، والهيئة العامة للطرق، والهيئة العامة لتنظيم الإعلام، ومؤسسة تطوير جزيرة دارين وتاروت، والمركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة، والمعهد الوطني لأبحاث الصحة، والأكاديمية المالية، وقد اتخذ المجلس ما يلزم حيال تلك الموضوعات. وقد انتهى المجلس إلى ما يلي:

لوكالة الأنباء السعودية عقب الجلسة، أن مجلس الوزراء تناول إثر ذلك خطط برامج التطوير في عددٍ من الجهات الحكومية؛ لا سيما المتصلة بمنظومة المشاريع التنموية، والمبادرات المتعلقة بتعزيز مستوى الخدمات والإنتاجية، وتسخير القدرات ومختلف الإمكانيات؛ وصولاً إلى مستقبل زاهر وتنمية مستدامة بإذن الله تعالى. وبارك المجلس في هذا السياق إطلاق مشروع «بوابة الملك سلمان» الذي يمثل نقلة نوعية في تطوير البنية التحتية للمنطقة المركزية في مكة المكرمة، لتصبح نموذجاً عالمياً في العمران، ومساهماً رئيساً في تقديم خدمات ذات جودة عالية لقاصدي المسجد الحرام؛ بما يتماشى مع مستهدفات برنامج خدمة ضيوف الرحمن. ونوّه المجلس بالخطوات التنفيذية المستمرة لتعزيز المعروض السكني وتحقيق التوازن العقاري في مختلف مناطق المملكة؛ بما يسهم في دعم مسيرة البناء والتنمية وإتاحة خيارات مناسبة ومتعددة للمواطنين، إضافة إلى استقطاب المزيد من المستثمرين وشركات التطوير إلى السوق السعودي. وبيّن وزير الإعلام أن مجلس الوزراء عدّ حصول المملكة على جوائز عالمية من منظمات دولية في مجالات التعليم المفتوح والتنمية الريفية والنقل السككي

موافقات



الموافقة على اتفاقية مقر بين حكومة المملكة العربية السعودية والمركز العربي لدراسات المناطق الجافة والأراضي القاحلة (أكساد).

الموافقة على مشروع مذكرة تفاهم بين وزارة التعليم في المملكة العربية السعودية والكلية العليا للتجارة والأعمال في جمهورية إيطاليا للتعاون في مجال تطوير رأس المال البشري، وتفويض معالي وزير التعليم أو من ينيبه، بالتوقيع عليه.

تُطبق وزارة الداخلية الأحكام الواردة في لائحة التصرف بالعقارات البلدية، وذلك فيما يتعلق باستثمار العقارات التي عليها صكوك لمصلحة وزارة الداخلية الواقعة داخل الإسكانات أو مدن التدريب أو المخصصة لها مرافق صحية أو تعليمية أو سكنية أو للأندية والضيافات.

تفويض



تفويض صاحب السمو وزير الخارجية أو من ينيبه، بالتباحث مع الجانب السوداني في شأن مشروع اتفاق لإنشاء مجلس التنسيق السعودي السوداني، والتوقيع عليه.

تعيين معالي الدكتور فيصل بن حمد الصقير عضواً في مجلس إدارة الهيئة العامة للموانئ، وتجديد عضوية المهندس عبدالرحمن بن صالح الفقيه، والدكتور عبدالرحمن بن يوسف العالي في مجلس إدارة الهيئة.

الموافقة على إنشاء فرع لجامعة ستراتكلايد في مدينة الرياض.

اعتماد الحسابات الختامية لهيئة تطوير منطقة عسير، ومجمع الملك سلمان العالمي للغة العربية، والبرنامج الوطني لتنمية قطاع تقنية المعلومات، لأعوام مالية سابقة.

الموافقة على ترقية محمد بن عبدالرحمن بن عبدالله الناصر إلى وظيفة (مدير مكتب) بالمرتبة (الخامسة عشرة) بالأمانة العامة لمجلس الوزراء، وترقية عبدالله بن محمد بن سعد السيف إلى وظيفة (مستشار قانوني) بالمرتبة (الرابعة عشرة) بهيئة الخبراء بمجلس الوزراء.

قرار رئيس الهيئة العامة للنقل المكلف رقم (١/٤٧/٣٥٧) وتاريخ ١٣/٠٤/١٤٤٧هـ

اعتماد آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاطي النقل بسيارتي الأجرة العامة وأجرة المطار

يقرر ما يلي:

أولاً: اعتماد آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار، وجدول المخالفات والعقوبات وفق الصيغة المرفقة.

ثانياً: يُنشر هذا القرار في الجريدة الرسمية، ويُعمل به من تاريخ نشره.

ثالثاً: يلغي هذا القرار ما يتعارض معه من قرارات سابقة.

رابعاً: يُبعث أصل هذا القرار لسعادة وكيل الهيئة للنقل البري لإبلاغ من يلزم لتنفيذ مقتضاه.

والله الموفق.

رئيس الهيئة العامة للنقل المكلف
رميح بن محمد الرميح

إن رئيس الهيئة العامة للنقل المكلف

وبناءً على الصلاحيات المخولة له نظاماً

وبعد الاطلاع على نظام النقل البري على الطرق، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٨٨) وتاريخ

١٤٤٦/٨/٢٤هـ

وبعد الاطلاع على تنظيم الهيئة العامة للنقل، الصادر بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (٣٢٣) وتاريخ

١٤٣٤/٩/١٤هـ، وتعديلاته.

وبعد الاطلاع على قرار مجلس إدارة الهيئة رقم (١٦/٦ ت ر/٢٠٢٥/٤) وتاريخ ١٤٤٧/٣/١هـ؛ القاضي

في ثانياً على «اعتماد آلية تعديل أوضاع منشآت النقل البري على الطرق وفق أحكام نظام النقل البري على

الطرق، واللائحة التنفيذية لأنشطة النقل بسيارة الأجرة والوساطة في نقل الركاب بسيارة الأجرة وفق

الصيغة المرفقة». وبناءً على ما تقتضيه المصلحة العامة.

جدول تصنيف المخالفات والعقوبات لآلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار

المنصوص عليه في النظام (خمس) ملايين أو الاكتفاء بمعامل المضاعفة للمرة الخامسة، وذلك وفق

المعايير التي تقرها اللجنة.

٤- تراعي اللجنة عند إيقاع العقوبات المالية وغير المالية الظروف المخففة والمشددة للعقوبة بناءً على ما تقره من معايير لذلك.

الغرامات اليومية للاستمرار في المخالفة:

مع مراعاة الفقرة (٢) من المادة الثانية والعشرين من النظام، يجوز للجنة فرض غرامة مالية عن كل يوم يستمر فيه المخالف في مخالفته بعد تحصن القرار الصادر من اللجنة، على ألا يتجاوز مجموع الغرامات (١٠٪) من الحد الأعلى للغرامة المالية المقررة في الجدول، وتحتسب هذه الغرامة من التاريخ المحدد في القرار.

العقوبات غير المالية:

لا يخل تطبيق الجدول بصلاحيات اللجنة في إيقاع العقوبات الواردة في المادة (الخامسة والعشرين) من النظام وفقاً لما تقره من معايير، وهي:

- ١- تضمين القرار -الصادر بتحديد العقوبة- حكماً يقضي بإبعاد غير السعودي، المخالف لحكم المادة (الرابعة) من النظام، عن المملكة وذلك بناءً على الضوابط المقررة بهذا الشأن.
- ٢- تضمين القرار -الصادر بتحديد العقوبة- النص على نشر ملخصه على نفقة المخالف في صحيفة محلية تصدر في مكان إقامته، فإن لم يكن في مكان إقامته صحيفة ففي أقرب منطقة له، أو نشره في أي وسيلة أخرى مناسبة، وذلك بحسب نوع المخالفة المرتكبة وجسامتها وتأثيرها، ويكون النشر بعد تحصن القرار بمضي المدة المحددة نظاماً، أو بصدر حكم في شأنه مكتسب الصفة القطعية.
- ٣- تضمين القرار -الصادر بتحديد العقوبة- النص على إلزام المخالف بإزالة المخالفة.
- ٤- إصدار قرار بحجب جزئي أو كلي للتطبيقات أو المواقع الإلكترونية التابعة للمنشآت محل المخالفة، مع استكمال الإجراءات النظامية بهذا الشأن.
- ٥- إصدار قرار بإغلاق المحل المخالف في حالة ممارسة أنشطة النقل البري على الطرق دون ترخيص ساري المفعول.
- ٦- الطلب من المحكمة المختصة الحكم بمصادرة المركبة التي مارست أي نشاط من أنشطة النقل البري على الطرق دون الحصول على ترخيص للمرة (الخامسة) وما يليها.

التعاريف:

المخالفة الجسيمة: هي الأفعال التي تشكل انتهاكاً لأحكام النظام أو آلية وضوابط استمرار مقدمي

الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار التي تمس تنظيم دخول السوق، أو تمس الخدمة، أو تؤثر على الانطباع العام عن النشاط، أو التسعير.

الجدول: جدول المخالفات والعقوبات، والمتضمن وصف المخالفة وتصنيفها وعقوبتها.

الحد الأدنى: هو الحد المالي الأدنى الذي لا يجوز النزول عنه عند فرض الغرامة على المخالف، والمبين في الجدول.

الحد الأعلى: هو الحد المالي الأعلى الذي لا يجوز تجاوزه عند فرض الغرامة على المخالف، وهو

(خمس) أضعاف الحد الأدنى للغرامة المالية الوارد في الجدول.

صلاحية إيقاع العقوبات:

١- يتولى المفتشون إيقاع العقوبات الآتية: الإنذار، والغرامات المالية التي لا تتجاوز قيمتها عشرة آلاف ريال وعقوبة حجز المركبات.

٢- تتولى لجنة النظر في التظلمات ومخالفات نظام النقل البري على الطرق إيقاع العقوبات الآتية:

الغرامات المالية التي تتجاوز عشرة آلاف ريال، تعليق الترخيص كلياً أو جزئياً لمدة لا تزيد على سنة، إيقاف السائق أو المركبة أو كليهما لمدة لا تزيد على سنة.

تطبيق مبدأ الإنذار:

١- يُطبق مبدأ الإنذار حصراً على المخالفات (غير الجسيمة) قبل إيقاع العقوبة، ويمنح المخالف بعد إنذاره مهلة تصحيحية كما هي موضحة في الجدول لمعالجة المخالفة.

٢- لا يسري مبدأ الإنذار على المخالفات (غير الجسيمة) عند تكرار ارتكابها.

التدرج في فرض العقوبة وآلية مضاعفتها:

١- يراعى التدرج في تحديد العقوبات وذلك بتطبيق الحد الأدنى للعقوبات، ومن ثم مضاعفتها في حال ارتكاب ذات المخالفة خلال سنة من تاريخ تحصن القرار بمضي المدة المحددة نظاماً، أو اكتساب الحكم الصادر في شأنه القطعية.

٢- تكون آلية مضاعفة الغرامات بناءً على قيمة الغرامة الأساسية بما يصل إلى (خمس) أضعاف.

٣- للجنة عند تكرار ذات المخالفة للمرة السادسة وما يليها، مضاعفة الغرامة بما لا يتجاوز الحد الأعلى

رئيس التحرير

أشرف بن خالد الحسيني

المشرف العام

رئيس وكالة الأنباء السعودية

علي بن عبد الله الزيد

وزير الإعلام

رئيس مجلس إدارة وكالة الأنباء السعودية

سلمان بن يوسف الدوسري

أسسها جلالة الملك

عبد العزيز بن عبد الرحمن آل سعود

-يرحمه الله- ١٣٤٣هـ - ١٩٢٤م



الجريدة الرسمية للمملكة العربية السعودية

جدول المخالفات والعقوبات – آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار



الهيئة العامة للنقل
 Transport General Authority

م	وصف المخالفة	تصنيف المخالفة	المهلة التصحيحية بعد الإنذار	قيمة الغرامة المالية وفق تصنيف المخالف (الحد الأدنى، ريال سعودي)	العقوبة غير المالية للمخالفة الأولى	العقوبة في حال تكرار المخالفة			
				أفراد		التكرار ١	التكرار ٢	التكرار ٣	التكرار ٤ فصاعداً
١	ممارسة النشاط دون الحصول على بطاقة سائق مهني.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة شهرين (٢) (١) شهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٣) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٤) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٥) أشهر
٢	ممارسة النشاط ببطاقة سائق مهني ملغية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة شهر (١) شهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٣) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٤) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٥) أشهر
٣	ممارسة النشاط ببطاقة سائق مهني منتهية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة شهر (١) شهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة (٣) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة (٤) أشهر	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة (٥) أشهر
٤	التأخير في تقديم طلب تجديد بطاقة السائق المهني.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥،
٥	ممارسة النشاط دون الحصول على بطاقة تشغيل.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	حجز المركبة لمدة (٢٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً
٦	ممارسة النشاط ببطاقة تشغيل ملغية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	حجز المركبة لمدة (٢٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً
٧	ممارسة النشاط ببطاقة تشغيل منتهية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	حجز المركبة لمدة (٢٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، حجز المركبة لمدة (٦٠) يوماً
٨	ممارسة النشاط خلال فترة تعليق بطاقة التشغيل.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	لا تطبق الغرامة المالية في المرة الأولى	حجز المركبة لمدة (٢٠) يوماً	٢٨٠٠ إلغاء بطاقة التشغيل	–	–
٩	التأخير في تقديم طلب تجديد بطاقة التشغيل.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥،
١٠	عدم إخضاع السيارة للفحص الفني الدوري عند طلب الهيئة لذلك.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥،
١١	تنازل مقدم الخدمة عن بطاقة التشغيل لشخص آخر.	جسيمة	لا ينطبق	لا ينطبق	١٦٠٠	تعليق بطاقة التشغيل	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢، إلغاء بطاقة التشغيل	–	–
١٢	ممارسة النشاط خارج النطاق المحدد له بالآلية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	١٦٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة شهرين (٢)	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥، إيقاف المركبة عن ممارسة النشاط لمدة (٣) أشهر
١٣	عدم الارتباط بأي من الأنظمة الإلكترونية التي تحددها الهيئة.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥،
١٤	إجراء أي تغيير على السيارة بعد تجهيزها فنياً من قبل مزودي التجهيزات والخدمات الإلكترونية المؤهلين من قبل الهيئة.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،
١٥	عدم مراجعة مقدم الخدمة الهيئة خلال مدة (٥) خمسة أيام عمل من تاريخ استدعائه.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤،
١٦	عدم تحصيل أجرة النقل وفقاً لسياسة تحديد الأجور المعتمدة.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	١٦٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢،	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣، إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة شهرين (٢)	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤، إيقاف السائق عن ممارسة النشاط لمدة (٣) أشهر



جدول المخالفات والعقوبات – آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل
في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار .. تتمتع

م	وصف المخالفة	تصنيف المخالفة	الإنذار	المهلة التصحيحية بعد الإنذار	قيمة الغرامة المالية وفق تصنيف المخالف (الحد الأدنى. ريال سعودي)	العقوبة غير المالية للمخالفة الأولى	العقوبة في حال تكرار المخالفة			
					أفراد		التكرار ١	التكرار ٢	التكرار ٣	التكرار ٤ فصاعداً
١٧	عدم تزويد الهيئة ببيانات وسائل التواصل والعنوان الوطني الخاصة به، وتحديثها لدى الهيئة في حال تغييرها.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
١٨	عدم إبراز الوثائق المطلوبة عند طلبها من المفتش.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
١٩	عدم العناية التامة بالحالة الفنية للسيارة وصيانتها.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٠	عدم العناية التامة بنظافة ومظهر السيارة داخلياً وخارجياً.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢١	عدم وضع عبارة داخل السيارة تنص على (في حال عدم تشغيل عداد احتساب أجرة النقل تعتبر الرحلة مجانية) في السيارة.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٢	عدم تركيب لوحة أو وضع علامة منع التدخين داخل السيارة.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٣	عدم تزويد منصة الهيئة الإلكترونية بالبيانات المطلوبة.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٤	عدم الاستمرار بالارتباط بمنصة الهيئة الإلكترونية خلال فترة الترخيص.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٥	عدم السماح بنقل الحيوانات الأليفة الموضوعة في أقفاص، والمصحوبة بشهادة صحية تثبت خلوها من الأمراض.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٦	امتناع السائق عن تقديم خدمة النقل في غير الحالات المحددة بالآلية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	١٦٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٧	الجمع بين أكثر من طلب مختلف في الرحلة الواحدة داخل المدينة محل الترخيص.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٨	عدم تشغيل عداد احتساب أجرة النقل عند بدء الرحلة.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٢٩	عدم الالتزام بالزي المعتمد من قبل الهيئة أثناء تأدية العمل.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥
٣٠	تدخين السائق أو السماح للركاب بالتدخين داخل السيارة.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥

جدول المخالفات والعقوبات – آلية وضوابط استمرار مقدمي الخدمة الأفراد المصرح لهم سابقاً للعمل في نشاط النقل بسيارة الأجرة العامة ونشاط النقل بسيارة أجرة المطار .. تتمتع



الهيئة العامة للنقل
 Transport General Authority

م	وصف المخالفة	تصنيف المخالفة	الإنذار	المهلة التصحيحية بعد الإنذار	قيمة الغرامة المالية وفق تصنيف المخالف (الحدا الأدنى. ريال سعودي)	العقوبة غير المالية للمخالفة الأولى	العقوبة في حال تكرار المخالفة			
							التكرار ١	التكرار ٢	التكرار ٣	التكرار ٤ فصاعداً
٣١	عدم حفظ مفقودات الركاب، والإبلاغ عنها وتسليمها لأقرب مركز أمني خلال ثلاثة أيام.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٢	تحميل الحقائق والأمتعة غير اليدوية في مقصورة السيارة أو بما يزيد عن سعة المكان المخصص لذلك أو تحميل حقائق دون ركاب.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٣	تحميل الركاب من غير الرصيف المخصص للمشاة على الطرق.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٤	عدم مساعدة السائق للأشخاص ذوي الإعاقة عند ركوب السيارة أو النزول منها.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٥	عدم اهتمام السائق بالمظهر والنظافة الشخصية.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٦	عدم التزام السائق بالآداب العامة، وحسن التعامل مع الركاب.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٧	انتهاك خصوصية الركاب بأي شكل من الأشكال.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٨	عدم التزام مقدم الخدمة بالهوية الخارجية للسيارة.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٤٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٣٩	عدم الامتثال لطلب الهيئة بالتوجه للموقع المخصص لحجز المركبات.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	١٦٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٤٠	استمرار السائق في تقديم خدمة النقل في حالات المنع الواردة بالآلية.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٤١	قيام السائق بالتزود بالوقود أثناء الرحلة، ويستثنى من ذلك الرحلات بين مدن المملكة وإلى الدول الأخرى.	غير جسيمة	ينطبق	٧ أيام	٥٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٤٢	عدم اقتصار قيادة السيارة على مقدم الخدمة دون غيره.	جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	٢٠٠	إيقاف المركبة لمدة (٥) أيام	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.
٤٣	عدم الالتزام بتوفير جميع أدوات السلامة (طفاية حريق، مثلث السلامة العاكس، حقيبة إسعافات أولية، إطار احتياطي، أدوات تغيير الإطار) حسب نوع السيارة.	غير جسيمة	لا ينطبق	لا يوجد	١٠٠	لا تنطبق	مضاعفة الغرامة بمعامل ٢.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٣.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٤.	مضاعفة الغرامة بمعامل ٥.

قرار وزير الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية رقم (٣٣٢٣٢) وتاريخ ١٤٤٧/٠٣/١١هـ

اعتماد لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية

ثانياً: تلغى هذه اللائحة كل ما يتعارض معها من أحكام.

ثالثاً: يُنشر هذا القرار على الموقع الإلكتروني للوزارة والمجلس ويُعمل به بعد (١٨٠) يوماً من تاريخ

نشره في الجريدة الرسمية.

رابعاً: على الأمين العام للمجلس اتخاذ ما يلزم لتنفيذه.

والله الموفق.

وزير الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية
رئيس المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية
م. أحمد بن سليمان الراجحي

إنّ وزير الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، رئيس المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية

بناءً على الصلاحيات الممنوحة له نظاماً.

وبعد الاطلاع على أحكام المواد (الثالثة، والثانية عشرة) من تنظيم المجلس الوطني للسلامة والصحة

المهنية والصادر بقرار مجلس الوزراء رقم ٣٧٩ وتاريخ ١٤٤٣/٧/٧هـ، وبناءً على الفقرة الثانية من قرار

اعتماد إطار الحوكمة للسلامة والصحة المهنية رقم ١٤٤١١٦ وتاريخ ١٤٤٤/٩/١٥هـ،

وبعد اطلاع وموافقة المجلس على (لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية) في محضر

الاجتماع الثالث عشر للمجلس والذي تم عقده ١٤٤٦/١٢/٢٧هـ الموافق ٢٠٢٥/٦/٢٣م.

يُقرّر ما يلي:

أولاً: اعتماد لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية، وفقاً للصياغة المرفقة بهذا القرار.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية

مقدمة:

انطلاقاً من مبادئ وأهداف السياسة الوطنية للسلامة والصحة المهنية، الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم ٣٢٨ وتاريخ ١٤٤٢/٦/١٣هـ، بتطبيق مبدأ الوقاية المرتبط مباشرة بحماية وحفظ وتعزيز الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعاملين، وتقييم ومنع الأخطار من مصادرها للحد من الإصابات والأمراض المهنية، من خلال تطوير التشريعات والأنظمة واللوائح والبرامج وأي أدوات تنظيمية، واستناداً على صلاحيات واختصاصات المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية، الواردة بالمادة (الثالثة) من تنظيم المجلس، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم ٣٧٩ وتاريخ ١٤٤٣/٧/٧هـ، ووفقاً لأحكام المواد الحادية والثلاثين بعد المائة مكرر، والثالثة والأربعين بعد المائة، والسابعة والثمانين بعد المائة من نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/٥١ بتاريخ ١٤٢٦/٨/٢٣هـ، وتعديلاته، وما يرتبط بها من إلزامية إجراء الفحوصات الطبية، فقد تم إعداد هذه اللائحة بالتعاون مع الجهات والهيئات الحكومية وبالتشاور مع ممثلي أصحاب العمل، وممثلي العمال، وبما يتطابق مع أفضل المعايير والممارسات المحلية والعالمية للفحوصات الطبية للياقة المهنية مع متطلبات منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية ذات الصلة، لتوضيح الآليات المتعلقة بالفحوصات الطبية للياقة المهنية لجميع المهن في سوق العمل السعودي، وذلك بهدف رصد ومتابعة صحة الأفراد، وتعزيز الصحة المهنية من خلال الفحص ما قبل التعيين، والفحص الدوري للعاملين مما يساهم في الحد من حوادث العمل والأمراض المهنية وتحسين بيئات العمل في المملكة العربية السعودية.

المادة الأولى:

يقصد بالكلمات والمصطلحات الواردة أدناه -أينما وردت في هذه اللائحة- المعاني الموضحة أمام كلّ منها. ما لم يقتض سياق النص خلاف ذلك:

اللائحة: لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية.

المجلس: المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية.

الوزير: وزير الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية.

المسؤول الأول: الوزير، المحافظ أو الرئيس التنفيذي، الرئيس المدير، أو الأمين المشرف، أو من يقوم مقامهم. صاحب العمل: كل شخص طبيعي أو اعتباري يشغل عاملاً أو أكثر مقابل أجر أو من يفوضه بمنشآت القطاع الخاص.

العامل: كل شخص طبيعي -ذكراً أو أنثى- يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.

الموظف: كل من يشغل وظيفة مدنية عامة في الدولة أو يمارس مهامها أيّاً كانت طبيعة عمله أو اسم وظيفته، سواء كان ذلك عن طريق التعيين أو التعاقد بصفة دائمة أو مؤقتة.

المنشأة: كل مشروع يديره شخص طبيعي أو اعتباري، يشغل عاملاً أو أكثر، مقابل أجر أيّاً كان نوعه.

اللياقة المهنية: هي قدرة الفرد، من الناحية البدنية والعقلية والنفسية، على أداء المهام الوظيفية أو المهنية المكلف بها دون أن يترتب على ذلك ضرر على صحته أو خطر على سلامة الآخرين أو البيئة المحيطة، ويحدد ذلك بناءً على تقييم طبي معتمد تجريبه جهة تُحددها هذه اللائحة.

السلامة والصحة المهنية: حماية العامل/ الموظف من أي خطر مرتبط بعمله يشكل تهديداً لسلامته أو صحته، ويشمل ذلك الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية.

متابعة اللياقة المهنية: تحديد التغيرات في الحالة الصحية نتيجة مزاولة أنشطة ومهام تؤدي للتعرض لمواد معينة في موقع العمل، من خلال طبيب متخصص بالطب المهني.

الفحص الطبي المهني: المسوحات الاستقصائية البحثية والفحص الإكلينيكي لغرض الوقاية من الإصابة بالأمراض المهنية.

الطبيب المهني: هو الطبيب المتخصص في الطب المهني (Occupational Medicine specialist/ consultant) والمصنف من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، وهو فرع من فروع الطب يُعنى بصحة وسلامة العاملين في أماكن العمل، ويهدف إلى الوقاية من الأمراض والإصابات المرتبطة بالمهنة وتشخيصها وعلاجها.

المرض المهني: المرض الذي ينشأ بسبب العمل في مهن أو أنشطة اقتصادية تسبب هذا المرض، ولا يرجع إلى عوامل خارجة عن عمله، بشرط أن يكون هذا المرض وارداً في جدول الأمراض المهنية والمحددة فيه هذه الأمراض على سبيل الحصر.

الأمراض غير المعدية: المعروفة أيضاً باسم الأمراض المزمنة، هي أمراض تدوم عادة فترات طويلة

وتنتج عن مزيج من العوامل الوراثية والفيزيولوجية والبيئية والسلوكية.

وتشمل الأنواع الرئيسية لهذه الأمراض كلاً من الأمراض القلبية الوعائية (مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية) والسرطانات، والأمراض التنفسية المزمنة (مثل مرض الرئة الانسدادي المزمن والربو) والسكري.

المهنة: هي عمل أو وظيفة يقوم بها الفرد بشكل منتظم، وتتطلب مهارات ومعرفة متخصصة يتم اكتسابها من خلال التعليم أو التدريب، وتهدف إلى تقديم خدمة أو عمل معين مقابل أجر أو دخل.

الجهة: أي وزارة، أو جهاز حكومي، أو هيئة أو مصلحة أو مؤسسة عامة أو صندوق أو ما في حكمها،

وأي جهاز مستقل ذي شخصية معنوية عامة.

الجهة المختصة: أي جهة لها علاقة بتنفيذ أحكام هذه اللائحة أو الأنظمة واللوائح والقرارات ذات الصلة.

المهن وبيئة العمل ذات المخاطر العالية: المهن التي قد يتعرض أصحابها، بشكل دائم أو جزئي،

حسب مدة التعرض والتكرار، عند أدائهم لمهام العمل لأنشطة وعمليات عالية المخاطر -على سبيل المثال

لا الحصر- مواقع البناء والإنشاءات أو العمل في خدمات النقل أو التعامل مع مواد عالية الخطورة مثل المواد الكيميائية أو الإشعاعات المؤينة، مما يرفع من احتمالات الإصابة بمرض مهني أو وقوع حوادث قد تتسبب في الوفاة أو تسفر عن إصابات بالغة أو عجز.

المهن الخطرة: هي تلك التي تزيد من خطر تعرض العامل للإصابة أو المرض أو الموت بسبب ظروف

العمل، مثل العمل في المناجم أو في ارتفاعات عالية أو عند التعرض لمخاطر العمل المتعددة: فيزيائية كانت أو كيميائية أو حيوية، ويحددها تقييم المخاطر.

المهن المقيدة: هي تلك التي تفرض قيوداً على العامل يحددها القانون وتشمل الفحوص الدورية وذلك لتعدي أثرها على العامل إلى غيره ويشمل أثرها سلامة وصحة الآخرين في مكان العمل، أو في الأماكن العامة أو البيئة المحيطة، مثل الطيران، والنقل العام، والعمل في مجال الأطعمة، والبحارة، والإطفائيين وغيرهم.

التدابير الوقائية: جميع التدابير الوقائية التي يتم تنفيذها للحد من المخاطر والخسائر المتوقعة.

إجازة طبية طويلة: هي غياب الموظف/ العامل عن العمل لأسباب صحية تمنعه عن أداء مهامه

الوظيفية لمدة تتجاوز ثمانية أسابيع متواصلة.

تدابير السيطرة والتحكم الفعال: هو إطار منهجي معتمد في أنظمة السلامة والصحة المهنية

ويستخدم للحد من التعرض للمخاطر بتسلسل هرمي يبدأ بالتدابير الأكثر فعالية وهي الإزالة، ثم

الاستبدال، ثم التحكيمات الهندسية، ثم التحكيمات الإدارية، وأخيراً أدوات الوقاية الشخصية.

المادة الثانية:

تهدف هذه اللائحة إلى توفير إطار شامل لتقييم اللياقة الصحية والنفسية

للموظفين/ العاملين لضمان قدرتهم على أداء مهامهم الوظيفية بكفاءة وأمان

بما يتماشى مع المعايير الوطنية وأفضل الممارسات الدولية والتي تتمثل في:

١- الحد من إصابات وحوادث العمل والأمراض المهنية.

٢- تعزيز اللياقة البدنية والنفسية للعاملين/ الموظفين.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

٣- ضمان قدرة العاملين/ الموظفين على أداء مهامهم بأمان وكفاءة.

٤- التعريف بآلية الفحوصات الطبية ما قبل التعيين/ التوظيف والدورية لمزاوي المهن ذات المخاطر العالية.

٥- توحيد نماذج الفحص الطبي قبل التعيين/ التوظيف والفحص الدوري والفحص الاستثنائي التي تتناسب مع كل مهنة، وتوفير قواعد بيانات شاملة عن الحالة الصحية لجميع العاملين/ الموظفين.

٦- تحسين الامتثال للمعايير واللوائح المحلية والاتفاقيات الدولية في مجال السلامة والصحة المهنية.

المادة الثالثة:

١- تسري أحكام هذه اللائحة على جميع العاملين في الجهات العامة، ومنشآت القطاع الخاص، والمنظمات غير الربحية، بغض النظر عن نوع العلاقة التعاقدية أو طبيعة العمل، وتشمل الموظفين الدائمين،

والعاملين بعقود مؤقتة أو موسمية، والمتدربين، وذوي الإعاقة، والعاملين بنظام العمل عن بُعد، وذلك في أي من الحالات التالية:

أ- قبل بدء علاقة العمل عند التقدم للتوظيف، ويُشترط اجتياز الفحص الطبي للياقة المهنية قبل إتمام التعيين.

ب- العاملون/ الموظفون على رأس العمل في الحالات التالية:

- بعد وقوع إصابة مهنية.

- بعد العودة من إجازة مرضية طويلة.

- عند وجود شكوك على قدرة العامل/ الموظف على أداء عمله.

- في حال تطلبت الوظيفة/ المهنة فحصاً طبياً دورياً وفقاً للنماذج المعتمدة والملحقة بهذه اللائحة.

- عند تغيير المهنة إذا انتقل العامل/ الموظف إلى وظيفة أو مهنة تتطلب نوع فحص مختلفاً

وتتطلب فحوصات إضافية وفقاً لنماذج الفحوصات المعتمدة الملحقة بهذه اللائحة.

- في حال حدوث تغيير في بيئة العمل ويشمل ولا يقتصر على التكليف الدائم أو المؤقت للعامل.

- في حال استخدام معدات أو آلات أو أجهزة جديدة.

ج- عند التقاعد من العمل في حالة التعرض لمواد ذات فترة كمون طويلة خلال فترة العمل مثل: مادة الأسبستوس.

٢- لا يسري تطبيق هذه اللائحة على الفحوصات الطبية خارج نطاق الوظيفة/ المهنة.

المادة الرابعة:

يلتزم المسؤول الأول في الجهات الحكومية/ القطاع العام المدني وصاحب العمل في منشآت القطاع الخاص وغير الربحي -أو من يفوضونه/ يكلفونه- بما يلي:

١- التحقق والتأكد من إجراء فحوصات اللياقة المهنية ومتابعة العاملين/ الموظفين لديه وفق النماذج المعتمدة والمهن المحددة لهم، واتخاذ الترتيبات اللازمة لتمكين العامل/ الموظف من ذلك.

٢- توفير الموارد اللازمة لإجراء الفحوصات للعاملين/ الموظفين لديه.

٣- إشعار الطبيب المختص في الطب المهني بأي تعرضات أو مخاطر قد تؤثر على سلامة وصحة العامل/ الموظف أثناء مزاولة العمل، ويتوجب على صاحب العمل إحالة العامل/ الموظف للطبيب المختص للتأكد من لياقته الصحية.

٤- التأكد من حصول العامل على المراقبة الصحية المناسبة لمخاطر الصحة والسلامة التي يتعرض لها في العمل.

٥- العمل على إنشاء سجلات صحية ضمن معايير نظام حماية البيانات الشخصية، تتضمن مختلف الوثائق التي تحتوي على التاريخ الطبي المهني للعامل/ الموظف في مكان عمله، وتقييم المخاطر والتعرضات في مكان العمل، ومشاركتها مع الأطراف ذات العلاقة من خلال الوسيلة التي يقرها المجلس.

٦- دعم الامتثال لأحكام اللائحة.

٧- اتخاذ كافة الإجراءات والتدابير لتنظيم العمل وفق متطلبات اللائحة.

٨- عمل ما يلزم لإيجاد عمل بديل إذا كانت وظيفة العامل محظورة طبياً مع مراعاة الحالات التالية:

أ- إذا حدثت تغييرات في الحالة الصحية للموظف أو تطور جديد في القيود الطبية، يجب على صاحب

العمل إعادة النظر في العمل البديل المقدم وتحديثه بما يتناسب مع الوضع الصحي لضمان نجاح

الموظف في العمل الجديد مع الحفاظ على صحته وسلامته.

ب- إذا كان العامل/ الموظف غير قادر على أداء مهام العمل البديل بشكل كامل بسبب القيود الطبية،

يجب على صاحب العمل توفير التعديلات اللازمة على ظروف العمل، مثل ساعات العمل المرنة أو

العمل الجزئي أو أي ترتيبات أخرى تضمن استمرار الموظف في بيئة آمنة وملائمة.

ج- إذا تحسنت حالة الموظف الصحية بمرور الوقت وأصبح قادراً على العودة إلى العمل الأصلي،

يجب على صاحب العمل إجراء تقييم شامل يتضمن فحص اللياقة لاستعادة الموظف لوظيفته الأصلية

بما يتماشى مع حالته الصحية الحالية.

المادة الخامسة:

يلتزم الموظفون والعاملون بما يلي:

١- الخضوع لفحوصات اللياقة المهنية التي تطلبها جهة العمل، وفقاً لمتطلبات هذه اللائحة، والنماذج

المعتمدة، وطبيعة المهنة.

٢- محل التكليف، وبما يتم التنسيق بشأنه مع الجهة المعنية داخل المنشأة.

٣- الإفصاح عن الأعراض والإصابات والأمراض المهنية وتقديم أي معلومات صحية ضرورية وفقاً

للمنموذج المعتمد.

٤- إشعار صاحب العمل أو من يمثله فوراً بأي مخاطر أو عيوب أو ممارسات قد تؤثر على سلامته أو على سلامة من حوله داخل بيئة العمل.

المادة السادسة:

يجوز لأي من الموظفين أو العاملين التقدم ببلاغ إلى الجهات المختصة عن أي مخالفات ترتكبها الجهة أو

المنشأة تتعلق بعدم تنفيذ متطلبات هذه اللائحة.

المادة السابعة:

يتم اختيار نموذج فحص اللياقة المهنية للعامل/ الموظف وفق المعايير التالية:

١- العمل الفعلي.

٢- الوصف الوظيفي.

٣- نوعية المواد، أو العوامل الفيزيائية، أو الكيميائية، أو الحيوية التي يتعرض لها.

٤- طريقة تعرضه للمواد.

٥- مستوى تعرضه للمواد، أو العوامل الفيزيائية، أو الكيميائية، أو الحيوية.

٦- مدة التعرض للمواد، أو العوامل الفيزيائية، أو الكيميائية، أو الحيوية.

٧- تطبيق التدابير الوقائية وتوفير المعدات الخاصة المطابقة للمواصفات القياسية الصادرة من الهيئة السعودية للمواصفات والمقاييس والجودة فيما يخص السلامة والصحة المهنية لتقليل تعرضه للمواد

وفق الأنظمة ذات العلاقة ومراقبة التأثيرات الصحية الضارة.

المادة الثامنة:

لا يجوز استخدام فحص اللياقة المهنية كبديل عن تنفيذ الضوابط الوقائية الفردية أو الجماعية. ويحظر الاعتماد عليه كأساس وحيد لحماية العامل. ويستثنى من ذلك

الحالات التالية:

١- استخدام نتائج الفحص لتقييم مدى فعالية تدابير التحكم المطبقة على مزاوي المهنة، من خلال قياس

مستويات التعرض المهني.

٢- الاستفادة من نتائج الفحص في دعم القرار بتطبيق تدابير وقائية جديدة أو أكثر فاعلية، متى ما دعت الحاجة لذلك، ويظل صاحب العمل مسؤولاً عن ضمان بيئة عمل آمنة، بغض النظر عن نتائج فحوص

اللياقة المهنية. ويُراعى في جميع الأحوال تطبيق مبدأ التدرج في السيطرة على المخاطر، بحيث تُقدّم التدابير الهندسية، والإدارية، وتقنيات العزل والتهوية، ومعدات الوقاية، على الوسائل الطبية أو الرقابية، باعتبار

الفحص الطبي وسيلة رصد، لا وقاية.

المادة التاسعة:

تمثل أنواع الفحوصات الطبية للياقة المهنية وفق الآتي:

١- استكمال الاستبانة الملحقة باللائحة من قبل العامل أو الموظف.

٢- التاريخ الطبي من خلال الطبيب المكلف.

٣- الفحص الطبي العام:

أ- تقييم العلامات الحيوية.

ب- الفحص السريري الإكلينيكي.

ج- فحص الوظائف الحسية.

٤- الفحوصات المخبرية والإشعاعية.

٥- الفحص التخصصي الإضافي حسب طبيعة المهنة وفقاً للنماذج المعتمدة.

المادة العاشرة:

تكون آلية تنفيذ الفحوصات وفق الآتي:

١- الفحص الطبي قبل التعيين/ التوظيف: يُجرى هذا الفحص على جميع المرشحين للوظائف/ المهن، ويشمل تحليل التاريخ الطبي وتاريخ التعرض للظروف المهنية، وفقاً للنماذج المعتمدة حسب طبيعة

المهنة/ الوظيفة.

٢- الفحص الطبي الدوري: يُجرى على فترات زمنية منتظمة وفقاً لمتطلبات كل مهنة/ وظيفة، ونوع ومستوى المخاطر الصحية المحتملة، وقد تكون هذه الفحوصات الدورية «مقيدة» قانونياً مثل العمل في

الطيران، الغوص، تصنيع وخدمات الأطعمة، الإطفاء، حمل الأسلحة والتعامل مع المتفجرات والمواد

المشعة وغيرها.

٣- الفحص الطبي الاستثنائي: يُجرى عند الحاجة مثل وقوع حادث أو تغير ملحوظ في الأداء أو في حال ملاحظة الطبيب المختص لعلامات مبكرة لأمراض مهنية محددة أو وجود مجموعة من الحالات المتشابهة والناجمة عن

التعرض المحتمل للمخاطر المهنية أو التعرض للمواد السامة، أو الاشتباه في تعاطي المواد المنوعة والمخدرة،

وعلى الطبيب المختص التأكد من الإبلاغ عن الإصابة المهنية أو المرض المهني في الجهة المختصة.

المادة الحادية عشرة:

يتكون الفحص الطبي الدوري للياقة المهنية من أربعة برامج متكاملة على النحو التالي:

١- فحوصات أولية إلزامية: وهي فحوصات أساسية دورية تُطلب لجميع العاملين في مهن محددة حسب

لوائح الترخيص والممارسة، وتشمل:

أ- استبيان اللياقة المهنية الإجمالي.

ب- تقييم العلامات الحيوية.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

ج- الفحص الإكلينيكي.

د- فحص الحواس.

هـ- الفحوصات المخبرية والإشعاعية.

وتُعد نتائج هذه الفحوص جزءاً من السجل الصحي المهني الملزم نظاماً.

٢- فحوصات متقدمة إلزامية: تُحدد بناءً على تقييم المخاطر أو ظروف بيئات العمل أو التي يتم إضافتها من طرف الطبيب المختص بالطب المهني بناءً على مؤشرات صحية أخرى، ومنها:

أ- اختبارات وظائف الرئة واختبارات ملاءمة أجهزة الوقاية التنفسية.

ب- اختبارات اللياقة الهوائية (التمارين المعتمدة على استهلاك الأكسجين) حسب طبيعة المهام.

ج- اختبارات الكشف عن المواد المخدرة.

د- اختبارات تفرضها الوظيفة (مثل الفحوصات المرتبطة بالأمراض المعدية).

٣- فحوصات اللياقة المهنية حسب التعرض: يجب على المنشأة إضافة الفحوصات حسب التعرض لمخاطر العمل، مثال الكيمائية أو الفيزيائية أو الحيوية إلى قائمة الفحوصات المطلوبة للمهنة، وتحديث ذلك في سياستها الداخلية، وذلك بما لا يؤثر على قائمة الفحوصات الإلزامية والخاصة.

٤- فحوصات متقدمة اختيارية: يجوز للجهة المشرفة أو المرخصة للمجال الاقتصادي أو المسؤول الأول أو صاحب العمل، وضع سياسة خاصة تتعلق بالفحوصات والاختبارات التي تتناسب مع طبيعة العمل بالمهنة داخل المنشأة، بما في ذلك الفحوصات الوقائية الإضافية المرتبطة بالعمر مثل الماء الأزرق (الجلوكوما) أو تلك المرتبطة بالجنس مثل فحص سرطان الثدي، وعنق الرحم أو القولون عند النساء، أو البروستات أو القولون عند الرجال، أو فحوصات المواد المخدرة أو التقييمات السلوكية، بما لا يتعارض مع هذه اللائحة أو الأنظمة والتشريعات والسياسات واللوائح الوطنية ذات العلاقة.

يتم الترميز اللوني لمستويات الفحوصات كما يلي:

(اللون البرتقالي) فحوصات أولية إلزامية	(اللون الأخضر) فحوصات متقدمة إلزامية	(اللون الأزرق) فحص اللياقة المهنية حسب التعرض
---	---	--

المادة الثانية عشرة:

تجرى فحوصات اللياقة المهنية للعاملين للمهن ذات المخاطر العالية بما يتوافق مع الاشتراطات المحددة في لائحة تنظيم العمل في المهن ذات المخاطر العالية.

وتنقسم هذه الفحوصات إلى الفئات التالية:

١- الفحص الطبي للياقة المهنية للمهن الخطرة.

٢- الفحص الطبي للياقة المهنية للمهن المقيدة.

تخضع الفحوصات الطبية للياقة المهنية المضمنة في نماذج فحوصات اللياقة المهنية لمزاوي المهن ذات المخاطر العالية إلى الترميز اللوني لمستويات الفحوصات كما هو موضح في الفقرة الرابعة من المادة الحادية عشرة.

المادة الثالثة عشرة:

يتم التعامل مع نتائج الفحوصات وفق الآتي:

١- عند الانتهاء من إجراء الفحص الطبي قبل التعيين/ التوظيف تكون النتيجة وفقاً لما يلي:

أ- لائق صحياً ويسمح له بمزاولة المهنة/ الوظيفة المرشح لها.

ب- لائق صحياً مع تحديد القيود أو الاعتبارات المطلوب الالتزام بها عند مزاولة المهنة المرشح لها، بما في ذلك المدة الزمنية.

ج- غير لائق صحياً ولا يسمح له بمزاولة المهنة/ الوظيفة المرشح لها (تحدد المدة الزمنية من الطبيب المهني).

٢- في حالة عدم تحقيق متطلبات اللياقة المهنية بعد الفحص الدوري، يُمنع العامل/ الموظف من الاستمرار في مزاولة مهنته، ويجب على الإدارة المشرفة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتغيير مهنته، ما لم يتوفر هناك دليل كافٍ يثبت قدرته على أداء مهامه الوظيفية بكفاءة ودون وجود مخاطر على نفسه أو على الآخرين، من خلال فحوصات إضافية أو توصيات يحددها طبيب مهني مختص، كما يحق لصاحب العمل استثناء بعض الحالات شريطة عدم تأثر سلامة وصحة العامل/ الموظف بعد موافقة اللجنة والعامل.

٣- وفي حالة الاعتراض فإنه يحق للعامل/ الموظف أو صاحب العمل طلب تقييم آخر من طبيب فاحص مهني مستقل.

المادة الرابعة عشرة:

١- يُلزم صاحب العمل بتبليغ العامل بنتيجة تقييم اللياقة للعمل فور تلقيه النتيجة من مقدم الخدمة.

٢- يحق للعامل أو المرشح للوظيفة الاعتراض على نتيجة فحص اللياقة المهنية، أيًا كان نوعه، خلال مدة لا تتجاوز ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ التبليغ الرسمي بالنتيجة.

٣- تُحال الاعتراضات إلى لجنة مستقلة تُشكل في أمانة المجلس، وتتولى مراجعة الملف الطبي، والفحوصات، والتقارير الفنية ذات الصلة. ويجوز للجنة طلب فحوص إضافية أو رأي طبي محايد من طبيب فاحص مهني مستقل.

٤- تلتزم اللجنة بإصدار قرارها خلال مدة لا تتجاوز خمسة عشر (١٥) يوماً من تاريخ تسلم الاعتراض.

٥- تُعد قرارات اللجنة ملزمة للجهات المعنية ما لم يطعن عليها أمام الجهات المختصة نظاماً، ولا يُخل هذا بحق العامل في اللجوء إلى الجهات القضائية المختصة وفقاً للأنظمة ذات العلاقة.

المادة الخامسة عشرة:

يجب أن يُجرى الفحص الطبي للياقة المهنية بواسطة فريق مختص تحت إشراف طبيب مختص في الطب المهني معتمد من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

المادة السادسة عشرة:

يلتزم الفريق والطبيب المختص في الطب المهني بإجراء الفحوصات الطبية قبل التعيين/ التوظيف، والفحوصات الدورية، والفحوصات الاستثنائية للعاملين والموظفين، وفقاً لنماذج فحص اللياقة المهنية المعتمدة المرفقة باللائحة. ويجب التقيد بالمعايير المحددة في النماذج وعدم تعديلها أو تجاوزها إلا بعد موافقة أمانة المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية.

المادة السابعة عشرة:

١- تُعد السجلات الصحية المهنية وثائق سرية، ولا يجوز الاطلاع عليها إلا من قبل مختصي الرعاية الصحية في المنشأة أو من قبل الجهات المعنية بإجراء الفحوص الطبية، وفي حدود ما تقتضيه مهامهم، وفقاً لأحكام نظام حماية البيانات الشخصية.

٢- يجوز نقل السجلات الطبية للعاملين/ الموظفين عند الانتقال إلى منشأة أخرى بعد الحصول على موافقة كتابية أو إلكترونية منهم.

٣- تُعتمد إجراءات وتدابير صارمة لضمان أمان المعلومات والتكنولوجيا وحمايتها لمنع فقدان، أو سوء الاستخدام، أو التعديل أو الوصول غير المصرح به إلى النظام الإلكتروني وذلك وفقاً لضوابط سياسة حوكمة البيانات الوطنية والتنظيمات ذات العلاقة الصادرة عن الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي.

٤- يُحظر على صاحب العمل الاطلاع على أي تفاصيل طبية، ويُقتصر حقه فقط على معرفة القرار المهني النهائي المتعلق بقدرة العامل على العمل، والذي يشمل:

أ- لائق.

ب- لائق مع قيود أو اعتبارات.

ج- غير لائق.

مع بيان القيود أو الاعتبارات المهنية إن وُجدت، دون الكشف عن التشخيص أو البيانات الطبية الخاصة.

٥- يتحمل الطبيب المختص في الطب المهني مسؤولية توثيق نتائج فحوصات اللياقة المهنية بدقة وموضوعية، وتسجيلها في السجل الصحي المهني المعتمد للعامل، وفق النماذج والإجراءات المحددة في هذه اللائحة، مع الالتزام بأحكام نظام حماية البيانات الشخصية والخصوصية الصحية.

٦- يجب أن تتضمن السجلات كافة الملاحظات الطبية، والقيود، والتوصيات، موقعة ومؤرخة ومكتملة من قبل الطبيب المختص، وتُحفظ في ملف العامل لدى الجهة المعنية، مع تزويد أمانة المجلس الوطني للسلامة والصحة المهنية بنسخة منها عند الحاجة.

٧- تلتزم الجهة المحتفظة بالسجلات الطبية بحفظ السجل الصحي المهني لمدة لا تقل عن عشر (١٠) سنوات من تاريخ آخر فحص، أو لمدة خمس (٥) سنوات بعد انتهاء علاقة العمل، أيهما أطول. وفي حال كان العامل قد تعرض خلال فترة عمله لمواد أو عوامل ذات فترة كمون طويلة أو آثار صحية متأخرة، مثل الأسبستوس أو الإشعاعات المؤينة، فيجب حفظ السجل لمدة لا تقل عن ثلاثين (٣٠) سنة بعد وقف العمل وحتى بلوغ العامل سن الخامسة والسبعين، وفقاً لمعايير هيئة الرقابة النووية والإشعاعية وللمعايير الدولية المعتمدة.

المادة الثامنة عشرة:

١- تسري هذه اللائحة على جميع العاملين داخل أراضي المملكة العربية السعودية، بما في ذلك العاملون في الجهات الحكومية، أو منشآت القطاع الخاص، أو المنظمات غير الربحية، ويشمل ذلك العاملين في البعثات الدبلوماسية والقنصلية والمكاتب الرسمية التابعة للمملكة في الخارج.

٢- لا تسري أحكام هذه اللائحة على العاملين الذين يزاولون أعمالهم خارج المملكة لصالح منشآت سعودية، ما لم ينص عقد العمل صراحةً على خضوعهم لها.

٣- في حال تضمن عقد العمل نصاً يخضع العامل لأحكام هذه اللائحة أثناء ممارسته للعمل خارج المملكة، فيجب ألا يتعارض ذلك مع الأنظمة المعمول بها في الدولة التي يُمارس فيها العامل عمله.

٤- تلتزم المنشأة السعودية، في الحالات المنصوص عليها في الفقرة (٣)، بالتحقق من مشروعية تطبيق أحكام اللائحة في الدولة المضيفة، وتتخذ جميع الإجراءات الممكنة لتكثيف تنفيذ الفحوص الطبية وتدابير الصحة المهنية بما يحقق الغرض الوقائي، دون مخالفة القوانين المحلية أو المساس بحقوق العامل.

المادة التاسعة عشرة:

في حال مخالفة أحكام هذه اللائحة تُطبّق الجزاءات والعقوبات الواردة في الأنظمة واللوائح والقرارات ذات الصلة ضمن النطاق الإشرافي للجهات المختصة.

المادة العشرون:

يصدر المجلس القواعد المنظمة والأحكام والأدلة ذات الصلة بهذه اللائحة.

المادة الحادية والعشرون:

تُنشر هذه اللائحة في الجريدة الرسمية، ويُعمل بها بعد (١٨٠) يوماً من تاريخ نشرها.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

In line with the principles and objectives of the National Occupational Safety and Health Policy issued by Cabinet Decision No. 328 dated 13/06/1442 AH, aimed at assessing and preventing hazards to reduce occupational injuries and diseases through the development of legislation, regulations, technical guidelines, programs, and any applicable organizational tools, and based on the powers and responsibilities of the National Council for Occupational Safety and Health as outlined in Article (3) of the Council's regulation issued by Cabinet Decision No. 379 dated 07/07/1443 AH, and in accordance with the amended Labor Law under Royal Decree No. (M/5) dated 07/01/1442 AH, labor laws are fundamental in defining and regulating the relationship between workers and employers to protect rights.

In line with what is stated in the law in Article 131 (repeated), Article 143, and Article 187 of the Labor Law regarding the mandatory medical examinations, this regulation has been prepared in cooperation with government agencies and in consultation with representatives of employers and workers, applying the best local and international standards and practices for medical fitness examinations in accordance with the requirements of the International Labor Organization and the World Health Organization, to clarify the mechanisms related to medical fitness examinations for all professions in the Saudi labor market. This aims to monitor and follow up on individuals' health to enhance occupational health through pre-placement and periodic examinations for workers, thereby contributing to reducing workplace accidents and occupational diseases and improving working environments in the Kingdom of Saudi Arabia.

Article One

Regulation	Occupational Fitness & Non-communicable Diseases Examinations Regulation.
Council	The National Council for Occupational Safety and Health.
Minister	The Minister of Human Resources and Social Development.
First Official	The Minister, the Governor or Chief Executive Officer, the Chief Executive, the Supervising Secretary, or their representatives.
Employer	Any natural or legal person who employs one or more workers for a wage or whoever he authorizes in private sector establishments.
Worker	Any natural person, male or female, who works for an employer and under his management or supervision in return for a wage, even if he is away from his sights.
Employee	Any person who occupies a public civil office in the State or exercises its functions, regardless of the nature of his work or the name of his job, whether by appointment or contracting permanently or temporarily.
Establishment	Any project managed by a natural or legal person employing one or more workers in return for remuneration of any kind.
Professional fitness	It is the ability of the individual, physically, mentally, and psychologically, to perform the job or professional tasks assigned to him without resulting in harm to his health or danger to the safety of others or the surrounding environment, and this is determined based on an approved medical evaluation conducted by an entity specified in this regulation.
Occupational Safety and Health	Protecting the worker/employee from any hazard related to his work that poses a threat to his safety or health, including physical, mental, and social health.
Follow-up of occupational fitness	Determining changes in health status as a result of practicing activities and tasks that lead to exposure to certain substances at the work site, through a doctor specializing in occupational medicine.
Occupational medical examination	research surveys and clinical examination for the purpose of preventing occupational diseases.

Occupational Medicine	It is the doctor specialized in occupational medicine specialist/consultant, classified by the Saudi Commission for Health Specialties, and it is a branch of medicine concerned with the health and safety of workers in the workplace, and aims to prevent, diagnose and treat diseases and injuries associated with the profession.
Occupational disease	A disease that arises due to work in professions or economic activities that cause this disease and is not due to factors external to its work, provided that this disease is included in the schedule of occupational diseases in which these diseases are exclusively specified.
Non-communicable diseases	Also known as chronic diseases, are conditions that tend to be of long duration and result from a combination of genetic, physiological, environmental, and behavioral factors. The main types of NCDs include cardiovascular diseases (such as heart attacks and strokes), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructive pulmonary disease and asthma), and diabetes.
Profession	It is a work or job performed by an individual on a regular basis, and requires specialized skills and knowledge acquired through education or training and aims to provide a specific service or work in exchange for a wage or income.
Entity	Any ministry, government agency, authority, department, public institution, fund or the like, and any independent body with a public legal personality.
Competent Authority	Any entity involved in the implementation of the provisions of this Regulation or the related laws, regulations, and decisions.
High-Risk professions and environment	Occupations whose workers may be exposed, permanently or partially, depending on the duration of exposure and frequencies, when performing work tasks, to high-risk activities and operations - for example, but not limited to, construction sites, working in transportation services, or handling high-risk materials such as chemicals or ionizing radiation, which increases the likelihood of occupational disease or accidents that may cause death or result in serious injury or disability.
Hazardous occupations	They are those that increase the risk of injury or death of the worker due to working conditions, such as working in mines or at high altitudes or when exposed to multiple physical, chemical or biological hazards determined by the risk assessment.
Restricted Occupations	They are those that impose restrictions on the worker determined by law (statutory) and include periodic examinations due to impact on the worker's health and safety or others in the workplace, or in public places or the surrounding environment, such as aviation, public transport, work in food handling and processing, seafarers, firefighters and others.
Preventive measures	All preventive measures that are implemented to reduce the expected risks and losses.
Long medical leave	The absence of the employee/worker from work for health reasons that prevent him from performing his job duties for a period exceeding eight consecutive weeks.
Hierarchy of control	It is a systematic framework adopted in occupational safety and health systems and is used to reduce exposure to risks in a hierarchy that begins with the most effective measures, which are removal, replacement, then engineering controls, then administrative controls, and finally personal protective tools.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمتع

Article Two:

This regulation aims to provide a comprehensive framework for assessing the health and psychological fitness of employees/workers to ensure that they are able to perform their job duties efficiently and safely in line with national standards and best international practices, which are the following:

- 1- Reduction of work injuries and accidents and occupational diseases.
- 2- Enhance the physical and psychological fitness of employees/employees.
- 3- Ensure that employees/employees are able to perform their tasks safely and efficiently
- 4- Introducing the mechanism of pre-appointment/employment medical examinations and periodicity for high-risk practitioners.
- 5-Unify pre-appointment/employment medical examination forms, periodic examination and exceptional examination that suit each profession and provide comprehensive databases on the health status of all employees/employees.
- 6- Improve compliance with local standards and regulations and international conventions in the field of occupational safety and health.

Article Three:

1- The provisions of this regulation shall apply to all employees in public entities, private sector establishments, and non-profit organizations, regardless of the type of contractual relationship or the nature of work, and include permanent employees, temporary or seasonal contract workers, trainees, people with disabilities, and workers under the remote work system, in any of the following cases:

A- Before the start of the employment relationship when applying for employment, and it is required to pass the medical examination of occupational fitness before completing the appointment.

B- Employees on the job in the following cases:

- After an occupational injury
- Upon return from a long medical leave
- When there are doubts about the ability of the worker / employee to perform his work
- If the job / profession requires a periodic medical examination in accordance with the approved forms attached to this regulation.
- Upon a change of occupation, if the worker/employee is transferred to a position or occupation that requires a different type of medical examination, additional tests shall be conducted in accordance with the approved examination forms set out in the Appendix to this Regulation.
- In the event of a change in the work environment, including but not limited to the permanent or temporary assignment of the worker.
- If new equipment, machines or devices are used.

C- Upon retirement from work in case of exposure to materials with a long latency period during the period of work, such as asbestos or ionizing radiation.

2- The application of this regulation does not apply to medical examinations outside the scope of the job/profession.

Article Four:

The first official in government agencies / civil public sector and the employer in private and non-profit sector establishments (or their delegates) shall comply with the following:

- 1- Verifying and ensuring that occupational fitness examinations are conducted and following up on his employees according to the approved forms and professions specified for them and making the necessary arrangements to enable the worker / employee to do so.
- 2- Provide the necessary resources to conduct examinations for its employees.
- 3- Notify the doctor specialized in occupational medicine of any exposures or risks that may affect the safety and health of the worker/employee during the practice of work, and the employer must refer the worker/employee to the competent doctor to ensure his health fitness.

4- Ensure that the worker receives appropriate health monitoring of health and safety risks to which he is exposed at work.

5- Work on creating health records within the standards of the Personal Data Protection System that include various documents containing the professional medical history of the worker/employee in his workplace, assessing risks and exposures in the workplace, and sharing them with relevant parties through the means approved by the Board.

6- Support compliance with the provisions of the Regulation.

7- Take all procedures and measures to organize work in accordance with the requirements of the regulation.

8- Do what is necessary to find alternative work if the worker's job is medically prohibited, considering the following cases:

A- In the event of changes in the employee's health status or a new development in medical restrictions, the employer must reconsider the alternative work provided and update it in proportion to the health status to ensure the employee's success in the new job while maintaining his health and safety.

B- If the worker/employee is unable to fully perform alternative work tasks due to medical restrictions, the employer must provide the necessary adjustments to the working conditions, such as flexible working hours, part-time or any other arrangements to ensure that the employee continues in a safe and appropriate environment.

C- If an employee's health condition improves over time and they are able to return to their original employment, the employer must conduct a comprehensive assessment that includes a fitness check to restore the employee's original job in line with their current health condition.

Article Five:

Employees and employees are committed to the following:

- 1- Undergo the occupational fitness examinations required by the employer, in accordance with the requirements of this regulation, the approved forms, the nature of the profession under assignment, and in coordination with the concerned authority within the establishment.
- 2- Disclosure of occupational symptoms, injuries and diseases and providing any necessary health information according to the approved form.
- 3- Immediately notify the employer or his representative of any risks, defects or practices that may affect his safety or the safety of those around him within the work environment.
- 4- Inform the competent authorities of any fundamental violations committed by the establishment related to non-implementation of the requirements of this regulation, whenever this is proven to the worker and affects occupational safety and health.

Article Six:

Any employee or worker may submit a report to the competent authorities regarding any violations committed by the entity or establishment related to the non-implementation of the requirements of this Regulation.

Article Seven:

The occupational fitness examination form for the worker/employee is selected according to the following criteria:

- 1- Actual work.
- 2- Job description.
- 3- The physical, chemical, or biological substances hazards to which they are exposed.
- 4- The mechanism of exposure.
- 5- The level of exposure to physical, chemical, or biological substances or factors.
- 6- Duration of exposure to physical, chemical, or biological substances or factors.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم



7- Applying preventive measures and providing special equipment conforming to the standard specifications issued by the Saudi Standards, Metrology and Quality Organization regarding occupational safety and health to reduce exposure to materials in accordance with the relevant regulations and monitor adverse health effects.

Article Eight:

The occupational fitness examination may not be used as a substitute for the implementation of individual or collective hierarchy of controls, and it is prohibited to rely on it as the sole basis for protecting the worker, except for the following cases:

- 1- Use the results of the examination to assess the effectiveness of control measures applied to practitioners, by measuring occupational exposure levels.
- 2- Use the results of the examination to support the decision to apply new or more effective preventive measures, whenever necessary, and the employer remains responsible for ensuring a safe working environment, regardless of the results of occupational fitness examinations. In all cases, the principle of gradual risk control shall be applied, so that engineering and administrative measures, isolation and ventilation techniques, and protective equipment are provided over medical or control means, considering medical examination as a means of monitoring, not prevention.

Article Nine:

The types of medical examinations for occupational fitness are as follows:

- 1- Completion of the questionnaire attached to the regulation by the worker or employee.
- 2- Medical history by the doctor-in-charge.
- 3- General medical examination:
 - A- Vital Signs Assessment.
 - B- Clinical examination.
 - C- Examination of sensory functions.
 - 4- Laboratory and radiological tests.
- 5- Additional specialized examination according to the nature of the profession, according to the approved forms.

Article Ten:

The mechanism for carrying out the tests shall be as follows:

- 1- Pre-appointment/employment medical examination: This examination is conducted on all candidates for jobs/professions and includes the analysis of medical history and history of exposure to occupational conditions, according to the approved forms according to the nature of the profession / job.
- 2- Periodic medical examination: Conducted at regular intervals according to the requirements of each profession/job, and the type and level of potential health risks, these periodic check-ups may be legally "restricted" such as working in aviation, diving, manufacturing and servicing food, firefighting, carrying weapons, handling explosives, radioactive materials, etc.
- 3- Exceptional medical examination: It is conducted when needed, such as an accident or a noticeable change in performance, or if the specialist doctor notices early signs of specific occupational diseases or the presence of a group of similar cases resulting from possible exposure to occupational hazards or exposure to toxic substances, or suspicion of using prohibited and narcotic substances, and the specialist doctor must ensure that the occupational injury or occupational disease is reported in the competent authority.

Article Eleven:

The occupational periodic fitness medical examination consists of four integrated programs as follows:

- 1- Mandatory initial examinations: These are periodic basic examinations required for all workers in specific professions according to licensing and practice

regulations, including:

- A- Compulsory Professional Fitness Questionnaire.
- B- Vital signs assessment.
- C- Clinical examination.
- D- Examination of the senses.
- E- Laboratory and radiological tests.

The results of these examinations are part of the legally binding occupational health record.

2- Mandatory advanced examinations: determined based on the risk assessment or conditions of the working environments or added by the occupational medicine specialist based on other health indicators, including:

- A- Spirometry and respiratory fit testing.
- B- Aerobic fitness tests (oxygen-based exercises) depending on the nature of the tasks.
- C- Substance use testing.
- D- Job-mandated tests (e.g. tests related to infectious diseases).

3- Occupational fitness examinations according to exposure: The establishment must add examinations according to exposure to work hazards, such as chemical, physical or biological, to the list of examinations required for the profession and update this in its internal policy, in a way that does not contradict the list of compulsory and special examinations.

4- Optional advanced examinations: The supervising or licensed authority for the economic field, the first official or the employer may develop a special policy related to examinations and tests that are commensurate with the nature of work in the profession within the facility, including additional age-related preventive examinations such as glaucoma screening or those related to sex such as screening for breast, cervical or colon cancer in women, prostate or colon in men, or Substance use testing or behavioral assessments, in a manner that does not conflict with this regulation or the relevant national regulations, legislation, policies and regulations.

The color-coded for the test levels is as follows:

(Blue) Occupational fitness examination according to exposure	(green) Mandatory advanced examinations	(Orange) Mandatory initial ex- aminations
--	---	---

Article Twelve:

Occupational fitness examinations for workers in high-risk professions shall be conducted in accordance with the requirements specified in the procedural manual for the organization of work in high-risk professions, and these examinations are divided into the following categories:

- 1- Medical examination of occupational fitness for hazardous professions.
- 2- Medical examination of occupational fitness for restricted professions.

Medical examinations of occupational fitness included in the occupational fitness examination forms for high-risk professionals are subject to the color coding of the examination levels as described in the fourth paragraph of Article Eleven.

Article Thirteen:

The results of the tests are dealt with according to the following:

- 1- Upon completion of the medical examination prior to appointment/employment, the result shall be as follows:
 - A- "Fit to work" allowed to perform the profession / job for which he is nominated.
 - B- "Fit to work with restrictions or considerations" required to be adhered to when practicing the profession for which the candidate is nominated, including the duration.

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

C- "Unfit to work" not allowed to practice the profession / job for which he is nominated (the duration of the time is determined by the professional doctor).

2- In the event that the requirements of professional fitness are not met after the periodic examination, the worker/employee is prevented from continuing to practice his profession and the supervising department must take the necessary measures to modify/change his profession, unless there is sufficient evidence proving his ability to perform his job duties efficiently and without risks to himself or others, through additional examinations or recommendations determined by occupational medicine specialist, and the employer has the right to exclude some cases, provided that the safety and health of the worker / employee is not affected after the approval of the committee and the worker.

3- In case of objection, the worker/employee or employer has the right to request another evaluation from an independent medical examiner.

Article Fourteen:

1- The employer shall be obliged to inform the worker of the result of the fitness assessment immediately upon receiving the result from the service provider.

2- The worker or candidate for the job has the right to object to the result of the occupational fitness examination, of any kind, within a period not exceeding thirty (30) days from the date of official notification of the result.

3- Objections shall be referred to an independent committee formed in the secretariat of the Council, which shall review the medical file, examinations, and relevant technical reports. The Committee may request additional examinations or an impartial medical opinion from an independent professional examiner.

4- The Committee shall issue its decision within a period not exceeding fifteen (15) days from the date of receipt of the objection.

5- The decisions of the Committee shall be binding on the concerned authorities unless challenged before the competent authorities by law, and this shall not prejudice the worker's right to resort to the competent judicial authorities in accordance with the relevant regulations.

Article Fifteen:

The medical examination of occupational fitness must be conducted by a specialized team under the supervision of an occupational medicine specialist doctor accredited by the Saudi Commission for Health Specialties.

Article Sixteen:

The team and the doctor specialized in occupational medicine are obligated to conduct medical examinations before appointment / employment, periodic examinations, and exceptional examinations for employees and employees, in accordance with the approved occupational fitness examination forms attached to the regulation. The standards specified in the forms must be adhered to and not modified or exceeded except after the approval of the secretariat of the National Council for Occupational Safety and Health.

Article Seventeen:

1- Professional health records are confidential documents and may only be viewed by health care professionals in the facility or by the authorities concerned with conducting medical examinations, within the limits required by their duties, and in accordance with the provisions of the Personal Data Protection Law.

2- The medical records of employees/employees may be transferred when moving to another facility after obtaining written or electronic approval from them.

3- Strict procedures and measures shall be adopted to ensure the security and protection of information and technology to prevent loss, misuse, modification, or unauthorized access to the electronic system, in accordance with the controls of the National Data Governance Policy and the relevant regulations issued by the Saudi Authority for Data and Artificial Intelligence.

4- The employer is prohibited from accessing any medical details, and is limited

only to knowing the final occupational decision regarding the worker's ability to work, which includes:

A- Fit.

B- Fit with restrictions or considerations.

C- Unfit.

With a statement of restrictions or professional considerations, if any, without disclosing the diagnosis or private medical data.

5- The doctor specialized in occupational medicine is responsible for documenting the results of occupational fitness examinations accurately and objectively and recording them in the worker's approved occupational health record, in accordance with the forms and procedures specified in this regulation, while adhering to the provisions of the Personal Data Protection and Health Privacy Law.

6- The records shall include all medical observations, entries, and recommendations, signed, dated and completed by the competent doctor, and kept in the worker's file with the concerned authority, with a copy of them provided to the Secretariat of the National Council for Occupational Safety and Health when needed.

7- The entity keeping the medical records shall keep the occupational health record for a period of not less than ten (10) years from the date of the last examination, or for a period of five (5) years after the termination of the employment relationship, whichever is longer. In the event that the worker has been exposed during his period of employment to substances or agents with a long latency period or delayed health effects, such as asbestos or ionizing radiation, the register must be kept for a period of not less than thirty (30) years after the cessation of work and until the worker reaches the age of seventy-five, in accordance with NRRC-R-01 Rev. 0.1, 2024, section 166.C, and the approved international standards.

Article Eighteen:

1- This regulation shall apply to all employees within the territory of the Kingdom of Saudi Arabia, including employees of government agencies, private sector establishments, or non-profit organizations, including workers in diplomatic and consular missions and official offices of the Kingdom abroad.

2- The provisions of these Regulations shall not apply to workers who practice their work outside the Kingdom for Saudi establishments, unless the employment contract expressly stipulates that they are subject to them.

3- If the employment contract includes a provision that the worker is subject to the provisions of these Regulations while practicing his work outside the Kingdom, this shall not conflict with the regulations in force in the country in which the worker practices his work.

4- The Saudi establishment shall, in the cases provided for in paragraph (3), verify the legality of the application of the provisions of the Regulations in the host State, and shall take all possible measures to adapt the implementation of medical examinations and occupational health measures to achieve the preventive purpose, without violating local laws or prejudice to the rights of the worker.

Article Nineteen:

In the event of a violation of the provisions of this regulation, the penalties and sanctions stipulated in the relevant laws, regulations, and decisions within the supervisory scope of the competent authorities shall be applied.

Article Twenty:

The Council shall issue the regulatory rules, provisions, and guidelines related to these Regulations.

Article Twenty-One:

The Council may issue guidelines, decisions, regulatory rules, and provisions related to the implementation of thes

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ١:
نموذج الفحوصات الطبية العامة يشمل جميع المهن بخلاف الفئة المهنية التي تتطلب نماذج خاصة وفحوصات إضافية (GENERRAL MEDICAL SHEET).

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information		
Job Code:		Job Title: Date of joining current job:
Name in full (last, first, middle):	National ID: Iqama No	Employment: ☐ New hire ☐ Rehire
Date of birth:	Gender: ☐ Male ☐ Female	Marital Status: ☐ Single ☐ Married (IF Yes) ☐ Pregnant (If applicable) ☐ Yes ☐ No
Address & telephone No.		Email address:

Health Questionnaire		
Do you currently have or previously had any of the following conditions?		
1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes	☐ No
2- Chest problems (asthma, difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes	☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (severe/frequent headaches, unsteadiness, stroke, transient ischemic attacks, tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes	☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes	☐ No
5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/ dislocations)	☐ Yes	☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes	☐ No
7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, hearing difficulties, tinnitus, or motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs for?	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.		
Occupational History:		
25- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure:----- Duration of exposure:----- Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
26- Have you ever received worker's disability benefits/ compensation?	☐ Yes	☐ No
27- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
28- Have you ever required light or restricted duty?	☐ Yes	☐ No
List type and duration		
29- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.		
Do you use :		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:		
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes	☐ No
If yes, please Specify:		
- Type of assessment: -----		
- Purpose: -----		
- Medical facility: -----		
- Date of examination: -----		
- Attach results if applicable. :-----		
Vaccination information:		
If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA?		
☐ Yes ☐ No		
General:		
Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider waist- to-hip ratio as best alternative)

 الموارد البشرية
 والتنمية الاجتماعية

Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular						Temperature					
Respiratory rate: ____/min											
Blood pressure (mm Hg):											
Systolic: _____ Diastolic: _____											
Vision: Visual Acuity											
Unaided						Aided					
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20						Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20					
(Tick the appropriate)											
Visual field											
Rt. Eye		Normal			Defective						
Lt. Eye		Normal			Defective						
Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red green/others											
Hearing:											
Whisper test (6 feet):											
RIGHT EAR				PASS	FAIL	LEFT EAR				PASS	FAIL
IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE											
Physical Findings: (Circle the appropriate)											
General Appearance						☐ Normal ☐ Abnormal					
1- Pallor						☐ Normal ☐ Abnormal					
2- Edema						☐ Normal ☐ Abnormal					
3- Jaundice						☐ Normal ☐ Abnormal					
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)						☐ Normal ☐ Abnormal					
5- Cognitive functions						☐ Normal ☐ Abnormal					
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts, communication, and memory)						☐ Normal ☐ Abnormal					
7- Mouth/teeth						☐ Normal ☐ Abnormal					
8- Ears, nose, throat						☐ Normal ☐ Abnormal					
9- Lung and Chest (not including breast exam)						☐ Normal ☐ Abnormal					
10- Abdomen (including organomegaly and hernia)						☐ Normal ☐ Abnormal					
11- Urinary and genital system (not including pelvic exam)						☐ Normal ☐ Abnormal					
12- Upper & lower extremities (strength and range of motion)						☐ Normal ☐ Abnormal					
13- Spine						☐ Normal ☐ Abnormal					
14- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.,)						☐ Normal ☐ Abnormal					
15- Skin						☐ Normal ☐ Abnormal					
Details of abnormality:----- -----											

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

Investigation

- Complete Urine Analysis
- (HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis
- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)

HEALTHCARE:

- Complete Blood Count (CBC)
- Urine Drug Screening
- Liver and renal function
- HBV, HCV, and HIV screening (If vaccinated against HBV, a HBsAb titer should be performed).
- If vaccinated or has previous natural infection with Measles, Mumps, Rubella or Varicella, a document of the presence of protective serum IgG against those infections is mandatory.
- Interferon-gamma release assay (IGRA)
- Respiratory FIT testing (if needed).

Occupationally Exposed Radiation Workers

- Complete Blood Count (CBC) with differential (baseline)
- Liver and Renal Function Tests (LFTs, RFTs) (baseline)
- Respiratory fit testing (bassline)

MINING AND UNDERGROUND:

- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (baseline).
- Spirometry and respiratory fit testing (baseline)
- Audiometry (baseline)
- Respiratory FIT testing (if needed)

ARMED PERSONNEL:

- Hepatic and Renal function tests
- CBC & Hemoglobin electrophoresis, G6PD (Air Forces pilot and crew only)
- HBV, HCV, and HIV screening
- Spirometry
- Chest x-ray (baseline)
- Audiometry (bassline)
- Drug Screening (Preplacement & Random)

OIL AND GAS:

- CBC and Hemoglobin Electrophoresis
- Audiometry (baseline)

- Spirometry and respiratory fit testing (baseline)

COMMERCIAL DRIVER:

- Audiometry (Baseline) average hearing loss of 0.5, 1.0&2.0 kHz in better ear < 40dBA
- Visual field assessment if clinically indicated

FIRE FIGHTER

- Aerobic capacity (minimum MET level of 12)
- Harvard Step Test or Chester treadmill walk test or Bruce protocol or equivalent
- CBC with differential, RBC indices and morphology, and platelet count
- Renal function test
- Fasting blood glucose
- Liver function test
- Lipid profile
- HIV Ab
- Hepatitis C screening + confirmation only if positive baseline and follow-ing occupational exposure
- Hepatitis B base line (HBsAg) and vaccination with titers 1-2 months after completion of 3 dose series.
- Tetanus/diphtheria /pertussis (Tdap) vaccine once then Td booster every 10 years
- Document (MMR) or provide two doses according to immunization guidelines.
- Spirometry: annually to measure (FVC), (FEV1), and the absolute FEV1/FVC ratio

AVIATION:

- Comply with the roles set by the General Authority of Civil Aviation (GACA) regarding civil aviation periodic medical assessments or the Unified Aero-medical Guidelines for G.C.C Armed Forces as applicable.
- Only authorized aviation medical examiners have the authority to issue medical certificates.
- Certificates may be issued, denied, or forwarded to the General Authority of Civil Aviation (GACA) for additional review via the website <https://avmed.gaca.gov.sa/md>

ELECTRICAL LINE WORKERS:

- Visual assessment including color and depth perception testing
- Urine Drug Screening (pre-placement and random)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports, etc. ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: (NATIONAL ID) (PASSPORT)

ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature :

Date

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ٢: نموذج
(MARINE MEDICAL SHEET)

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Name in full (last, first, middle):

Department (deck/engine/radio/food handling/other):
Routine and emergency duties (if known):
Type of ship (e.g. container, tanker, passenger):
Trade area (e.g. coastal, tropical, worldwide):

Job Title:
Date of joining current job:

National ID:
Iqama No

Employment:
☐ New hire
☐ Rehire

Date of birth:

Gender: ☐ Male ☐ Female

Marital Status:
☐ Single ☐ Married (If Yes)
☐ Pregnant (If applicable)

☐ Yes ☐ No

Address & telephone No.

Email address:

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes	☐ No
2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes	☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes	☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes	☐ No
5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)	☐ Yes	☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes	☐ No
7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes	☐ No
22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Dizziness	☐ Yes	☐ No
25- Varicose veins/piles	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

26- Allergies to any medication, food, etc..?	☐ Yes	☐ No
27- Hernia	☐ Yes	☐ No
28- Amputation	☐ Yes	☐ No
29- Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?	☐ Yes	☐ No
30- Have you ever been declared unfit for sea duty?	☐ Yes	☐ No
31- Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?	☐ Yes	☐ No
32- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs? If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.	☐ Yes	☐ No
Occupational history:		
33- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
34- Have you ever received worker's disability benefits/ compensation?	☐ Yes	☐ No
35- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
36- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes	☐ No
37- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.		
Do you use:		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:		
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes	☐ No
If yes, please Specify:		
- Type of assessment: -----		
- Purpose : -----		
- Medical facility : -----		
- Date of examination: -----		
- Attach results if applicable. :-----		
:Vaccination information		
?If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA ☐ Yes ☐ No		

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Height (cm) :

Weight (Kg):

BMI (consider waist- to-hip ratio as best alternative)

Pulse rate: ____/min
Regular ☐ Irregular ☐
Respiratory rate: ____/min

Blood pressure (mm Hg):
Systolic: _____
Diastolic: _____

Temperature

Vision: Visual Acuity

Unaided

Aided

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye

Normal

Defective

Lt. Eye

Normal

Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing:

Whisper test (6 feet):

RIGHT EAR PASS FAIL

LEFT EAR PASS FAIL

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:
(Circle the appropriate)

General Appearance

☐ Normal ☐ Abnormal

1- Pallor

☐ Normal ☐ Abnormal

2- Edema

☐ Normal ☐ Abnormal

3- Jaundice

☐ Normal ☐ Abnormal

4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)

☐ Normal ☐ Abnormal

5- Cognitive functions

☐ Normal ☐ Abnormal

6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)

☐ Normal ☐ Abnormal

7- Mouth/teeth

☐ Normal ☐ Abnormal

8- Ears, nose, throat Sinuses, tympanic membrane

☐ Normal ☐ Abnormal

9- Eyes

☐ Normal ☐ Abnormal

10- Ophthalmoscopy

☐ Normal ☐ Abnormal

11- Pupils

☐ Normal ☐ Abnormal

12- Eye movement

☐ Normal ☐ Abnormal

13- Varicose veins

☐ Normal ☐ Abnormal

14- Anus (Not including digital examination)

☐ Normal ☐ Abnormal

15- Lung and Chest (not including breast exam)

☐ Normal ☐ Abnormal

16- Abdomen (including organomegaly and hernia)

☐ Normal ☐ Abnormal

17- Urinary and genital system (not including pelvic exam)

☐ Normal ☐ Abnormal

18- Upper & lower extremities (strength and range of motion)

☐ Normal ☐ Abnormal

19- Spine

☐ Normal ☐ Abnormal

20- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.,)

☐ Normal ☐ Abnormal

21- Skin

☐ Normal ☐ Abnormal

Details of abnormality:-----

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

Investigation

- Urine Analysis
- HIV Ab and Hepatitis screening
- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)
- Electrocardiogram (ECG) (above age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)

PROFESSIONAL LICENSE OR CERTIFICATE

If you are professionally licensed or certified to perform your current job (pilot, ship crew, respirator user, crane operator, firefighter, and others) please attach a copy of your professional license or certificate.

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports, etc ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Assessment of fitness for service at sea

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

☐ Fit for look-out duty	☐ Not fit for look-out duty			
	Deck service	Engine service	Catering service	Other services
Fit	☐	☐	☐	☐
Unfit	☐	☐	☐	☐
☐ Without restrictions	☐ With restrictions	Visual aid required	☐ Yes ☐ No	

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: (NATIONAL ID) (PASSPORT)

ID NUMBER:

(Attach copy)

Medical opinion based on:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Medical certificate's date of expiration (day/month/year):

Name of Heath Professional:

Signature

Date:

المرفق ٣: نموذج
(FOOD HANDLERS MEDICAL SHEET)

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code :		Job Title : Date of joining current job:	
Name in full (last, first, middle):	National ID : Iqama No	Employment: ☐ New hire ☐ Rehire	
Date of birth :	Gender : ☐ Male ☐ Female	Marital Status: ☐ Single ☐ Married (IF Yes) ☐ Pregnant (If applicable) ☐ YES ☐ NO	
Address & telephone No.		Email address :	

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes ☐ No
2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes ☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes ☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes ☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/ dislocations)	☐ Yes	☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes	☐ No
7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sick cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes	☐ No
22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Liver disease		
25- Deformity		
26- Jaundice		
27- Are you currently, or have you over the last seven days, suffered from diarrhea/vomiting?	☐ Yes	☐ No
28- At present, are you suffering from :		
i. Skin trouble affecting hands, arms or face	☐ Yes	☐ No
ii. Boils, styes or sepsis on your fingers or hands		
iii. Discharge from eye, ear or gums/mouth		
29- Do you suffer from :		
i. Recurring skin or ear infection ?	☐ Yes	☐ No
ii. A recurring bowel disorder		
30- In the last 5 days, have you been in contact with anyone who may have been suffering from cholera?	☐ Yes	☐ No
31- In the last 7 days, have you been in contact with anyone with diarrhoea or vomiting?	☐ Yes	☐ No
32- In the last 21 days have you been in contact with anyone who may have been suffering from typhoid or paratyphoid or jaundice person?	☐ Yes	☐ No
33- Have you ever had, or are you now known to be a carrier of typhoid or paratyphoid? Or do not have a certificate of antityphoid vaccine (valid for 3 years)	☐ Yes	☐ No
34- Have you ever had, or are you now known to have typhoid fever?	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

35- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?			☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.				
Occupational history:				
36- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere?			☐ Yes	☐ No
IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure:----- Duration of exposure:----- Refer to Occupational Exposure questionnaire				
37- Have you ever received worker's disability/ compensation?			☐ Yes	☐ No
38- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?			☐ Yes	☐ No
39- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration			☐ Yes	☐ No
40- Have you ever had any occupational illness			☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.				
Do you use :				
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)			☐ Yes	☐ No
Alcohol			☐ Yes	☐ No
Substance			☐ Yes	☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:				
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)			☐ Yes	☐ No
2. If yes, please Specify :				
- Type of assessment: -----				
- Purpose: -----				
- Medical facility: -----				
- Date of examination: -----				
- Attach results if applicable. :-----				
Vaccination information:				
If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA? ☐ Yes ☐ No				
PHYSICAL EXAMINATION				
General:				
Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider waist- to-hip ratio as best alternative)		
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular Respiratory rate: ____/min	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Diastolic: _____	Temperature		
Vision: Visual Acuity				
Unaided		Aided		

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

Rt. Eye Distant: /20 Lt. Eye Distant: /20	Near: /20 Near: /20	Rt. Eye Distant: /20 Lt. Eye Distant: /20	Near: /20 Near: /20
(Tick the appropriate)			
Visual field			
Rt. Eye	Normal	Defective	
Lt. Eye	Normal	Defective	
Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others			
Hearing:			
Whisper test (6 feet):			
RIGHT EAR	PASS	FAIL	LEFT EAR PASS FAIL
IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE			
Physical Findings: (Circle the appropriate)			
General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal		
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal		
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal		
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal		
4- Eye	☐ Normal ☐ Abnormal		
5- Conjunctiva	☐ Normal ☐ Abnormal		
6- Clubbing	☐ Normal ☐ Abnormal		
7- Cyanosis	☐ Normal ☐ Abnormal		
8- Cervical lymph node enlargement	☐ Normal ☐ Abnormal		
9- Nails conditions	☐ Normal ☐ Abnormal		
10- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal		
11- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal		
12- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory, etc)	☐ Normal ☐ Abnormal		
13- Mouth/teeth	☐ Normal ☐ Abnormal		
14- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal		
15- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal		
16- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal		
17- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal		
18- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal		
19- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal		
20- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc,)	☐ Normal ☐ Abnormal		
21- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal		
Details of abnormality:----- -----			

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

Investigation

- Complete Urine Analysis
- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)
- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA) (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)
- QuantiFERON test
- Widal test
- Stool examination for ova & parasite
- Stool culture and sensitivity for S. typhi to R/O Typhoid carrier (if clinically

- indicated- History of typhoid fever)
- Stool or Rectal swab culture and Sensitivity for Typhidot, Viral study to R/O Cholera, Typhoid, Shigellosis or EHEC infection (if clinically indicated
- active diarrhoea with or without fever or dysentery)
- Anti- Hepatitis A Virus IgM (if clinically indicated - Jaundice and fever)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports , etc ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: NATIONAL PASSPORT ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

المرفق ٤: نموذج
(DIVING MEDICAL SHEET)

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:	Job Title: Date of joining current job:
Name in full (last, first, middle):	National ID: Iqama No
Date of birth:	Employment: ☐ New hire ☐ Rehire Marital Status: ☐ Single ☐ Married (If Yes) ☐ Pregnant (If applicable) ☐ Yes ☐ No
.Address & telephone No	: Email address

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes ☐ No
2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes ☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes ☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes ☐ No
5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)	☐ Yes ☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes ☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, sinuses, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes	☐ No
22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Have you ever had any diving related condition, eg barotrauma, decompression illness, immersion pulmonary oedema?	☐ Yes	☐ No
25- Do you have any allergies?	☐ Yes	☐ No
26- Do you have a family history of sudden cardiac death and/or abnormalities of heart rhythm?	☐ Yes	☐ No
27- COVID-19	☐ Yes	☐ No
28- Collapsed lung (pneumothorax)	☐ Yes	☐ No
29- Dizziness	☐ Yes	☐ No
30- Migraine	☐ Yes	☐ No
31- Head injury with loss of consciousness, or surgery to the skull or brain	☐ Yes	☐ No
32- Mental health problems (including panic attacks and claustrophobia)	☐ Yes	☐ No
33- Stomach or intestinal problems or surgery (including stomas)	☐ Yes	☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

1- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?

☐ Yes

☐ No

If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing the item number.

Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.

Occupational history:

2- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere?

IF YES,

Industry: -----

Job title: -----

Employer address: -----

Dates of employment: -----

Type of exposure.....

Duration of exposure.....

3- Refer to Occupational Exposure questionnaire

☐ Yes

☐ No

4- Have you ever received worker’s disability/ compensation?

☐ Yes

☐ No

5- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?

☐ Yes

☐ No

6- Have you ever required light or restricted duty?

☐ Yes

☐ No

7- List type and duration

8- Have you ever had any occupational illness

☐ Yes

☐ No

If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing item number.

Do you use :

Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)

☐ Yes

☐ No

Alcohol

☐ Yes

☐ No

Substance

☐ Yes

☐ No

If yes,

☐ Current use ☐ Previous use

Give details:

Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)

☐ Yes

☐ No

2- If yes, please Specify :

Type of assessment: -----

Purpose : -----

Medical facility : -----

Date of examination : -----

Attach results if applicable. :-----

Vaccination information :

If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA?

☐ Yes

☐ No

PHYSICAL EXAMINATION

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

General:

Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider hip: waist- to-hip ratio as best alternative)
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular Respiratory rate: ____/min	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Diastolic: _____	Temperature

Vision : Visual Acuity

Unaided	Aided
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye	Normal	Defective
Lt. Eye	Normal	Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing :

Whisper test (6 feet) :

RIGHT EAR	PASS	FAIL	LEFT EAR	PASS	FAIL
-----------	------	------	----------	------	------

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:
(Circle the appropriate)

General Appearance	☐ Yes ☐ No
1- Pallor	☐ Yes ☐ No
2- Edema	☐ Yes ☐ No
3- Jaundice	☐ Yes ☐ No
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Yes ☐ No
5- Cognitive functions	☐ Yes ☐ No
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Yes ☐ No
7- Mouth/teeth	☐ Yes ☐ No
8- Ears, nose, throat	☐ Yes ☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

9- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Yes	☐ No
10- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Yes	☐ No
11- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Yes	☐ No
12- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Yes	☐ No
13- Spine	☐ Yes	☐ No
14- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.)	☐ Yes	☐ No
15- Skin	☐ Yes	☐ No
16- Posture	☐ Yes	☐ No
17- Gait	☐ Yes	☐ No
18- Balance	☐ Yes	☐ No
19- Involuntary movements	☐ Yes	☐ No
20- Speech	☐ Yes	☐ No
21- Varicose vein	☐ Yes	☐ No
22- Cranial nerve II-XII	☐ Yes	☐ No
Details of abnormality:----- -----		

Investigation

- Complete Urine Analysis
- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)
- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)
- Spirometry
- Complete blood count

- BIOLOGICAL markers (for candidate with previous exposure to establish basle line/select applicable only)

- Lead, Pb (µg/L)
- Manganese, Mn (µg/L)
- Cadmium, Cd (µg/L)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports, etc. ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE:

NATIONAL

PASSPORT

ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ٥:
(WELDER MEDICAL SHEET) نموذج

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Job Title:
Date of joining current job:

Name in full (last, first, middle):

National ID:
Iqama No

Employment:
☐ New hire ☐ Rehire

Date of birth:

Gender:
☐ Male ☐ Female

Marital Status:
☐ Single
☐ Married (IF Yes)
☐ Pregnant (If applicable)
☐ Yes ☐ No

Address & telephone No.

Email address :

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.

☐ Yes ☐ No

2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)

☐ Yes ☐ No

3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others

☐ Yes ☐ No

4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness

☐ Yes ☐ No

5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Frac- tures/dislocations)

☐ Yes ☐ No

6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)

☐ Yes ☐ No

7- Any Eye/vision problem or color blindness

☐ Yes ☐ No

8- Thyroid or other endocrine problem

☐ Yes ☐ No

9- Diabetes

☐ Yes ☐ No

10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication

☐ Yes ☐ No

11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others

☐ Yes ☐ No

12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)

☐ Yes ☐ No

13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)

☐ Yes ☐ No

14- Infectious/contagious diseases

☐ Yes ☐ No

15- Tuberculosis

☐ Yes ☐ No

16- Digestive problem

☐ Yes ☐ No

17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)

☐ Yes ☐ No

18- Significant injuries

☐ Yes ☐ No

19- Cancer

☐ Yes ☐ No

20- Have you ever had any surgeries?

☐ Yes ☐ No

21- Have you ever been hospitalized?

☐ Yes ☐ No

22- Suicide attempt

☐ Yes ☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Allergic reactions that interfere with your breathing	☐ Yes	☐ No
25- Claustrophobia	☐ Yes	☐ No
26- Smelling	☐ Yes	☐ No
27- Pulmonary symptoms (cough, wheezing, etc)	☐ Yes	☐ No
28- Eye irritation	☐ Yes	☐ No
29- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.		
Occupational history:		
30- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
31- Have you ever received worker's disability/ compensation?	☐ Yes	☐ No
Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions listed below?		
32- Asbestos?	☐ Yes	☐ No
33- Silica (e.g., in sandblasting)?	☐ Yes	☐ No
34- Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material)?	☐ Yes	☐ No
35- Beryllium?	☐ Yes	☐ No
36- Aluminum?	☐ Yes	☐ No
37- Coal (for example, mining)?	☐ Yes	☐ No
38- Iron?	☐ Yes	☐ No
39- Tin?	☐ Yes	☐ No
40- Dusty environments?	☐ Yes	☐ No
41- Any other hazardous exposures?	☐ Yes	☐ No
42- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
43- Have you ever required light or restricted duty?	☐ Yes	☐ No
List type and duration		
44- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.		

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

Do you use:

Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No

If yes,
☐ Current use ☐ Previous use
Give details:

Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)

☐ Yes ☐ No

2- If yes, please Specify:

- Type of assessment:

- Purpose:

- Medical facility:

- Date of examination:

- Attach results if applicable. :.....

Vaccination information:

If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA?

☐ Yes ☐ No

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider hip: waist- to-hip ratio as best alternative)
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular Respiratory rate: ____/min	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Diastolic: _____	Temperature

Vision: Visual Acuity

Unaided	Aided
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye	Normal	Defective
Lt. Eye	Normal	Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing:

Whisper test (6 feet):

RIGHT EAR	PASS	FAIL	LEFT EAR	PASS	FAIL
-----------	------	------	----------	------	------

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:
(Circle the appropriate)



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal
5- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Normal ☐ Abnormal
7- Mouth (Tongue and tonsils), teeth and gums	☐ Normal ☐ Abnormal
8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal
9- Thyroid exam	☐ Normal ☐ Abnormal
10- Lymph node	☐ Normal ☐ Abnormal
11- Eye exam	☐ Normal ☐ Abnormal
12- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
13- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal
16- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
17- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc,)	☐ Normal ☐ Abnormal
18- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:-----	

Investigation

- Complete Urine Analysis
- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)
- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)
- Spirometry
- Complete blood count

- BIOLOGICAL markers (for candidate with previous exposure to establish basle line/select applicable only)

- Lead, Pb (µg/L)
- Manganese, Mn (µg/L)
- Cadmium, Cd (µg/L)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports, etc. ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE:

NATIONAL

PASSPORT

ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ١:
(PERIODIC MEDICAL ASSESSMENTS) نموذج

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Job Title:
Date of joining current job :

Name in full (last, first, middle):

National ID:
Iqama No

Employment:
☐ New hire ☐ Rehire

Date of birth:

Gender:
☐ Male ☐ Female

Marital Status:
☐ Single
☐ Married (IF Yes)
☐ Pregnant (If applicable)

☐ Yes ☐ No

Address & telephone No.

Email address :

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes	☐ No
2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes	☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes	☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes	☐ No
5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)	☐ Yes	☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes	☐ No
7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sick cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes	☐ No
22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs? If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.	☐ Yes	☐ No
Occupational history:		
25- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
26- Have you ever received worker’s disability/ compensation?	☐ Yes	☐ No
27- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
28- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes	☐ No
29- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing item number.		
Do you use:		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No
,If yes Current use ☐ Previous use ☐ :Give details		
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes	☐ No
2- If yes, please Specify:		
- Type of assessment: -----		
- Purpose : -----		
- Medical facility : -----		
- Date of examination : -----		
- Attach results if applicable. :-----		
Vaccination information:		
If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA? ☐ Yes ☐ No		
PHYSICAL EXAMINATION		

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

General:

Height (cm):	Weight (Kg):	BMI	(consider hip: waist- to-hip ratio as best alternative)
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Dia- stolic: _____	Temperature	
Respiratory rate: ____/min			
Vision: Visual Acuity			
Unaided		Aided	
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20		Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	
(Tick the appropriate)			
Visual field			
Rt. Eye	Normal	Defective	
Lt. Eye	Normal	Defective	
Hearing:			
Whisper test (6 feet) :			
RIGHT EAR	PASS	FAIL	LEFT EAR PASS FAIL
IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE			
Physical Findings: (Circle the appropriate)			
General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal		
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal		
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal		
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal		
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal		
5- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal		
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Normal ☐ Abnormal		
7- Mouth/teeth	☐ Normal ☐ Abnormal		
8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal		
9- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal		
10- Abdomen (including hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal		
11- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal		
12- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal		

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه


Physical Findings:
(Circle the appropriate)

13- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:-----	

Investigation

- Urine Analysis
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA) (if clinically indicated)
- Electrocardiogram (ECG) (above 40 years)
- Audiometry (if whisper test is positive)
- HEAVY EQUIPMENT OPERATOR (every 3 years)
- Urine Drug Screening (Random)

HEALTHCARE (every two years for high risk jobs):

- HBV, HCV, and HIV screening (If vaccinated against HBV, a HBsAb titer should be performed).
- Interferon-gamma release assay (IGRA) (annual testing with baseline negative test).
- Respiratory FIT testing (if not already done).
- Urine Drug Screening (Random).

Occupationally Exposed Radiation Workers (every three (3) years)

- Complete Blood Count (CBC) with differential.

For over exposures, accidental exposure, pregnant or breast feeding radiation workers (follow Exposure Guidelines).

MINING UNDERGROUND (every three years):

- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (baseline and every 3 years and annually after 10 years of exposure).
- Spirometry and respiratory fit testing (baseline).
- Audiometry (baseline).
- Urine Drug Screening (Random).
- Respiratory FIT testing (if needed).

COMMERCIAL DRIVER (every two years):

- Audiometry (periodic) average hearing loss of 0.5,1.0&2.0 kHz in better ear < 40dBA
- Visual field assessment if clinically indicated

AIRCRAFT (annual):

- Follow GACA roles for periodic physical

FIRE FIGHTER (every two years) :

- Aerobic capacity (minimum MET level of 12)
- Harvard Step Test or Chester treadmill walk test or Bruce protocol or equivalent
- CBC with differential, RBC indices and morphology, and platelet count
- Renal function test
- Fasting blood glucose
- Liver function test
- Lipid profile
- HIV Ab
- Hepatitis C screening + confirmation only if positive baseline and following occupational exposure
- Hepatitis B base line (HBsAg) and vaccination with titers 1-2 months after completion of 3 dose series.
- Tetanus/diphtheria /pertussis (Tdap) vaccine once then Td booster every 10 years
- Document (MMR) or provide two doses according to immunization guidelines.
- Spirometry: annually to measure (FVC), (FEV1), and the absolute FEV1/FVC ratio
- Urine Drug Screening

PROFESSIONAL LICENSE OR CERTIFICATE

If you are professionally licensed or certified to perform your current job (pilot, ship crew, respirator user, crane operator, firefighter and others) please attach a copy of your professional license or certificate.

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports , etc ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE:

NATIONAL

PASSPORT

ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ٧:
(DIVING MEDICAL SHEET-) نموذج
ANNUAL

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Name in full (last, first, middle):

Date of birth:

Address & telephone No.

National ID:
Iqama No

Gender:
☐ Male ☐ Female

Email address :

:Job Title

:Employment
New hire ☐ Rehire ☐

:Marital Status
☐ Single
☐ Married (IF Yes)
☐ Pregnant (If applicable)
☐ Yes ☐ No

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.

☐ Yes ☐ No

2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)

☐ Yes ☐ No

3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others

☐ Yes ☐ No

4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness

☐ Yes ☐ No

5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)

☐ Yes ☐ No

6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)

☐ Yes ☐ No

7- Any Eye/vision problem or color blindness

☐ Yes ☐ No

8- Thyroid or other endocrine problem

☐ Yes ☐ No

9- Diabetes

☐ Yes ☐ No

10- Ear, nose, throat, sinuses, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication

☐ Yes ☐ No

11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others

☐ Yes ☐ No

12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)

☐ Yes ☐ No

13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)

☐ Yes ☐ No

14- Infectious/contagious diseases

☐ Yes ☐ No

15- Tuberculosis

☐ Yes ☐ No

16- Digestive problem

☐ Yes ☐ No

17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)

☐ Yes ☐ No

18- Significant injuries

☐ Yes ☐ No

19- Cancer

☐ Yes ☐ No

20- Have you ever had any surgeries?

☐ Yes ☐ No

21- Have you ever been hospitalized?

☐ Yes ☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Have you ever had any diving related condition, eg barotrauma, decompression illness, immersion pulmonary oedema?	☐ Yes	☐ No
25- Do you have any allergies?	☐ Yes	☐ No
26- Do you have a family history of sudden cardiac death and/or abnormalities of heart rhythm?	☐ Yes	☐ No
27- COVID-19	☐ Yes	☐ No
28- Collapsed lung (pneumothorax)	☐ Yes	☐ No
29- Dizziness	☐ Yes	☐ No
30- Migraine	☐ Yes	☐ No
31- Head injury with loss of consciousness, or surgery to the skull or brain	☐ Yes	☐ No
32- Mental health problems (including panic attacks and claustrophobia)	☐ Yes	☐ No
33- Stomach or intestinal problems or surgery (including stomas)	☐ Yes	☐ No
34- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.		
:Occupational history		
35- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
36- Have you ever received worker's disability/ compensation?	☐ Yes	☐ No
37- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
38- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes	☐ No
39- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.		
Do you use :		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:		
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

2- If yes, please Specify:

- Type of assessment: -----

- Purpose: -----

- Medical facility: -----

- Date of examination: -----

- Attach results if applicable:-----

Vaccination information :

If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA?
☐ Yes ☐ No

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider waist-to-hip ratio as best alternative)
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular Respiratory rate: ____/min	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Diastolic: _____	Temperature

Vision : Visual Acuity

Unaided	Aided
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye	Normal	Defective
Lt. Eye	Normal	Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing :

Whisper test (6 feet) :

RIGHT EAR	PASS	FAIL	LEFT EAR	PASS	FAIL
-----------	------	------	----------	------	------

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:
(Circle the appropriate)

General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal
5- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Normal ☐ Abnormal
7- Mouth/teeth	☐ Normal ☐ Abnormal
8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal
9- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
10- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal
11- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
12- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal
13- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
16- Posture	☐ Normal ☐ Abnormal
17- Gait	☐ Normal ☐ Abnormal
18- Balance	☐ Normal ☐ Abnormal
19- Involuntary movements	☐ Normal ☐ Abnormal
20- Speech	☐ Normal ☐ Abnormal
21- Varicose vein	☐ Normal ☐ Abnormal
22- Cranial nerve II-XII	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:----- -----	

Investigation

- Complete Urine Analysis
- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)
- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)
- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).
- Audiometry (if clinically indicated)
- Aerobic capacity (minimum MET level of 12)
- Harvard Step Test or Chester treadmill walk test or Bruce protocol or equivalent
- Exercise test
- Spirometry
- Post-exercise PEF or FEV1

- Audiometry
- Complete blood count (if clinically indicated)

PROFESSIONAL LICENSE OR CERTIFICATE

If you are professionally licensed or certified to perform your current job (pilot, ship crew, respirator user, crane operator, firefighter and others) please attach a copy of your professional license or certificate.

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports , etc ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: NATIONAL PASSPORT

ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT
- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- FIT with restrictions.
- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ٨:
(MINING MEDICAL SHEET) نموذج
EVERY 3 YEARS UNTIL AGE OF 50, THEN EVERY ONE YEAR.

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Name in full (last, first, middle):

Date of birth:

Address & telephone No.

National ID:
Iqama No

Gender:
☐ Male ☐ Female

Email address :

Job Title:

Employment:
☐ New hire ☐ Rehire

Marital Status:
☐ Single
☐ Married (IF Yes)
☐ Pregnant (If applicable)

☐ Yes ☐ No

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.

☐ Yes ☐ No

2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)

☐ Yes ☐ No

3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others

☐ Yes ☐ No

4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness

☐ Yes ☐ No

5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)

☐ Yes ☐ No

6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)

☐ Yes ☐ No

7- Any Eye/vision problem or color blindness

☐ Yes ☐ No

8- Thyroid or other endocrine problem

☐ Yes ☐ No

9- Diabetes

☐ Yes ☐ No

10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication

☐ Yes ☐ No

11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sick cell anemia) or others

☐ Yes ☐ No

12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)

☐ Yes ☐ No

13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)

☐ Yes ☐ No

14- Infectious/contagious diseases

☐ Yes ☐ No

15- Tuberculosis

☐ Yes ☐ No

16- Digestive problem

☐ Yes ☐ No

17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)

☐ Yes ☐ No

18- Significant injuries

☐ Yes ☐ No

19- Cancer

☐ Yes ☐ No

20- Have you ever had any surgeries?

☐ Yes ☐ No

21- Have you ever been hospitalized?

☐ Yes ☐ No

22- Suicide attempt

☐ Yes ☐ No

23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)

☐ Yes ☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

24- Allergic reactions that interfere with your breathing	☐ Yes	☐ No
25- Claustrophobia	☐ Yes	☐ No
26- Smelling	☐ Yes	☐ No
27- Pulmonary symptoms (cough, wheezing, etc)	☐ Yes	☐ No
28- Eye irritation	☐ Yes	☐ No
29- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.		
Occupational history:		
30- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
31- Have you ever received worker’s disability/ compensation?	☐ Yes	☐ No
Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions listed below?		
32- Asbestos?	☐ Yes	☐ No
33- Silica (e.g., in sandblasting)?	☐ Yes	☐ No
34- Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material)?	☐ Yes	☐ No
35- Beryllium?	☐ Yes	☐ No
36- Aluminum?	☐ Yes	☐ No
37- Coal (for example, mining)?	☐ Yes	☐ No
38- Iron?	☐ Yes	☐ No
39- Tin?	☐ Yes	☐ No
40- Dusty environments?	☐ Yes	☐ No
41- Any other hazardous exposures?	☐ Yes	☐ No
42- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
43- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes	☐ No
44- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered “yes”, please give details by referencing item number.		
Do you use :		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No
Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

If yes,
☐ Current use ☐ Previous use
Give details:

Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)

☐ Yes ☐ No

2- If yes, please Specify :

- Type of assessment: -----

- Purpose : -----

- Medical facility : -----

- Date of examination : -----

- Attach results if applicable. :-----

Vaccination information :

If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA?
☐ Yes ☐ No

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Height (cm):

Pulse rate: ____/min
☐ Regular ☐ Irregular
Respiratory rate: ____/min

Weight (Kg):

Blood pressure (mm Hg):
Systolic: _____ Diastolic: _____

BMI ratio

Temperature

(consider hip:waist ratio)

Vision : Visual Acuity

Unaided

Aided

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye

Normal

Defective

Lt. Eye

Normal

Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing :

Whisper test (6 feet) :

RIGHT EAR

PASS

FAIL

LEFT EAR

PASS

FAIL

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:
(Circle the appropriate)

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal
5- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Normal ☐ Abnormal
70- Mouth (Tongue and tonsils), teeth and gums	☐ Normal ☐ Abnormal
8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal
9- Thyroid exam	☐ Normal ☐ Abnormal
10- Lymph node	☐ Normal ☐ Abnormal
11- Eye exam	☐ Normal ☐ Abnormal
12- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
13- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal
16- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
17- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.)	☐ Normal ☐ Abnormal
18- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:----- -----	

Investigation

- Complete Urine Analysis

- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)

- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)

- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).

- Audiometry (if clinically indicated)

- Spirometry

- BIOLOGICAL markers (for exposed above the permissible exposure limits only/

select applicable only)

Lead, Pb (µg/L)

Manganese, Mn (µg/L)

Cadmium, Cd (µg/L)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports , etc ... should be attached to

this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: NATIONAL PASSPORT ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT

- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:

- FIT with considerations

- FIT with restrictions.

- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ٩:
(WELDER MEDICAL SHEET) نموذج
EVERY 3 YEARS UNTIL AGE OF 50, THEN EVERY ONE YEAR.

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Job Title:
Date of joining current job:

Name in full (last, first, middle):

National ID:
Iqama No

Employment:
☐ New hire ☐ Rehire

Date of birth:

Gender:
☐ Male ☐ Female

Marital Status:
☐ Single
☐ Married (If Yes)
☐ Pregnant (If applicable)

☐ Yes ☐ No

Address & telephone No.

Email address :

Health Questionnaire

Do you currently have or previously had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.	☐ Yes	☐ No
2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness, coughing or others)	☐ Yes	☐ No
3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others	☐ Yes	☐ No
4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness	☐ Yes	☐ No
5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)	☐ Yes	☐ No
6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)	☐ Yes	☐ No
7- Any Eye/vision problem or color blindness	☐ Yes	☐ No
8- Thyroid or other endocrine problem	☐ Yes	☐ No
9- Diabetes	☐ Yes	☐ No
10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication	☐ Yes	☐ No
11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sick cell anemia) or others	☐ Yes	☐ No
12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)	☐ Yes	☐ No
13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)	☐ Yes	☐ No
14- Infectious/contagious diseases	☐ Yes	☐ No
15- Tuberculosis	☐ Yes	☐ No
16- Digestive problem	☐ Yes	☐ No
17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)	☐ Yes	☐ No
18- Significant injuries	☐ Yes	☐ No
19- Cancer	☐ Yes	☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes	☐ No
21- Have you ever been hospitalized?		
22- Suicide attempt	☐ Yes	☐ No



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes	☐ No
24- Allergic reactions that interfere with your breathing	☐ Yes	☐ No
25- Claustrophobia	☐ Yes	☐ No
26 Smelling	☐ Yes	☐ No
27- Pulmonary symptoms (cough, wheezing, etc)	☐ Yes	☐ No
28- Eye irritation	☐ Yes	☐ No
29- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs?	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.		
Occupational history:		
30- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure----- Duration of exposure----- Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes	☐ No
31- Have you ever received worker's disability/ compensation?	☐ Yes	☐ No
Have you ever worked with any of the materials, or under any of the conditions listed below?		
32- Asbestos?	☐ Yes	☐ No
33- Silica (e.g., in sandblasting)?	☐ Yes	☐ No
34- Tungsten/cobalt (e.g., grinding or welding this material)?	☐ Yes	☐ No
35- Beryllium?	☐ Yes	☐ No
36- Aluminum?	☐ Yes	☐ No
37- Coal (for example, mining)?	☐ Yes	☐ No
38- Iron?	☐ Yes	☐ No
39- Tin?	☐ Yes	☐ No
40- Dusty environments?	☐ Yes	☐ No
41- Any other hazardous exposures?	☐ Yes	☐ No
42- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes	☐ No
43- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes	☐ No
44- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes	☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.		
Do you use :		
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes	☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

Alcohol	☐ Yes	☐ No
Substance	☐ Yes	☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:		
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes	☐ No
2- If yes, please Specify:		
- Type of assessment: -----		
- Purpose: -----		
- Medical facility: -----		
- Date of examination: -----		
- Attach results if applicable. :-----		
Vaccination information:		
If you are not fully vaccinated, are you willing to take the vaccine (s) for work purposes in KSA? ☐ Yes ☐ No		
PHYSICAL EXAMINATION		
General:		
Height (cm):	Weight (Kg):	BMI (consider hip: waist- to-hip ratio as best alternative)
Pulse rate: ____/min ☐ Regular ☐ Irregular Respiratory rate: ____/min	Blood pressure (mm Hg): Systolic: _____ Diastolic: _____	Temperature
Vision : Visual Acuity		
Unaided		Aided
Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	Rt. Eye Distant: /20 Near: /20 Lt. Eye Distant: /20 Near: /20	
(Tick the appropriate)		
Visual field		
Rt. Eye	Normal	Defective
Lt. Eye	Normal	Defective
Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others		
Hearing :		
Whisper test (6 feet) :		
RIGHT EAR	PASS FAIL	LEFT EAR PASS FAIL
IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE		
Physical Findings: (Circle the appropriate)		



لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

General Appearance	☐ Normal ☐ Abnormal
1- Pallor	☐ Normal ☐ Abnormal
2- Edema	☐ Normal ☐ Abnormal
3- Jaundice	☐ Normal ☐ Abnormal
4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)	☐ Normal ☐ Abnormal
5- Cognitive functions	☐ Normal ☐ Abnormal
6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)	☐ Normal ☐ Abnormal
7- Mouth (Tongue and tonsils), teeth and gums	☐ Normal ☐ Abnormal
8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal
9- Thyroid exam	☐ Normal ☐ Abnormal
10- Lymph node	☐ Normal ☐ Abnormal
11- Eye exam	☐ Normal ☐ Abnormal
12- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
13- Abdomen (including organomegaly and hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal
16- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
17- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc,)	☐ Normal ☐ Abnormal
18- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:-----	

Investigation

- Complete Urine Analysis

- HbA1C (only if known diabetic or abnormal urinalysis)

- Electrocardiogram (ECG) (above the age of 40 years only)

- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA), (if clinically indicated).

- Audiometry (if clinically indicated or as baseline for applicable jobs)

- Spirometry

- Complete blood count

- BIOLOGICAL markers (for candidate with previous exposure to establish basle line/select applicable only)

Lead, Pb (µg/L)

Manganese, Mn (µg/L)

Cadmium, Cd (µg/L)

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports, etc. ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF PRE-PLACEMENT MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title:

Name of the candidate:

Job code:

ID TYPE: NATIONAL PASSPORT ID NUMBER:

(Attach copy)

Fitness determination:

- FIT

- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:

- FIT with considerations

- FIT with restrictions.

- UNFIT

Name of health professional:

Signature:

Date:

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

المرفق ١٠ :
نموذج (MINING AND UNDERGROUND MEDICAL SHEET)

SEE THE APPENDIX FOR
CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

Personal information

Job Code:

Name in full (last, first, middle):

Date of birth:

Address & telephone No.

Job Title:

Employment:
☐ New hire ☐ Rehire

Marital Status:
☐ Single
☐ Married (IF Yes)
☐ Pregnant (If applicable)

☐ Yes ☐ No

Email address :

Health Questionnaire

Do you now have or had any of the following conditions?

1- Cardiovascular problems (High blood pressure, palpitation, Heart/blood vessel disease or fainting) or others.

2- Chest problems (asthma, Difficulty breathing, chest tightness or others)

3- Any neurological disorder e.g. (Severe/frequent headaches, Unsteadiness, Stroke, transient ischemic attacks, Tremors, sleep disorder, paralysis) or others

4- Epilepsy, Convulsions or loss of consciousness

5- Musculoskeletal problems (Joint problems, Restricted mobility, Back problems, Fractures/dislocations)

6- Psychological disorders e.g. (Anxiety, depression, psychosis, bipolar, Phobia)

7- Any Eye/vision problem or color blindness

8- Thyroid or other endocrine problem

9- Diabetes

10- Ear, nose, throat, Hearing difficulties, tinnitus, or Motion sickness requiring medication

11- Blood disorders/ anemia (e.g. Sickle cell anemia) or others

12- Urinary problem (Kidney, Bladder or Prostate)

13- Skin problem (e.g. allergies or dermatitis)

14- Infectious/contagious diseases

15- Tuberculosis

16- Digestive problem

17- Sleeping Disorders (OSA or Day Time Sleepiness)

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

18- Significant injuries	☐ Yes ☐ No
19- Cancer	☐ Yes ☐ No
20- Have you ever had any surgeries?	☐ Yes ☐ No
21- Have you ever been hospitalized?	☐ Yes ☐ No
22- Suicide attempt	☐ Yes ☐ No
23- Autoimmune/connective tissue diseases (e.g. Rheumatoid arthritis)	☐ Yes ☐ No
24- Any health problem, which requires visits to the doctor, or for which you take regular drugs? If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing the item number. Provide information regarding diagnosis and treatment, including dates of treatment.	☐ Yes ☐ No
Occupational history:	
25- Have you ever been exposed to fumes, dust, chemicals, loud noise, radiation, or other hazards at work or elsewhere? IF YES, Industry: ----- Job title: ----- Employer address: ----- Dates of employment: ----- Type of exposure..... Duration of exposure..... Refer to Occupational Exposure questionnaire	☐ Yes ☐ No
26- Have you ever received worker's disability/ compensation?	☐ Yes ☐ No
27- Have you been absent from work for medical reasons in the past five years?	☐ Yes ☐ No
28- Have you ever required light or restricted duty? List type and duration	☐ Yes ☐ No
29- Have you ever had any occupational illness	☐ Yes ☐ No
If any of the above questions were answered "yes", please give details by referencing item number.	
Do you use :	
Tobacco (Cigarettes, Shisha, pipe, Vape,)	☐ Yes ☐ No
Alcohol	☐ Yes ☐ No
Substance	☐ Yes ☐ No
If yes, ☐ Current use ☐ Previous use Give details:	
Were you subjected to medical examinations (within the past 6 months)	☐ Yes ☐ No
2- If yes, please Specify :	
- Type of assessment: -----	
- Purpose : -----	

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتمه

- Medical facility : -----

- Date of examination : -----

- Attach results if applicable. :-----

Vaccination information :

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Height (cm):

Weight (Kg):

BMI (consider waist-to-hip ratio as best)

Pulse rate: ____/min
☐ Regular ☐ Irregular
Respiratory rate: ____/min

Blood pressure (mm Hg):
Systolic: _____
Diastolic: _____

Temperature

Vision : Visual Acuity

Unaided

Aided

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

Rt. Eye
Distant: /20 Near: /20
Lt. Eye
Distant: /20 Near: /20

(Tick the appropriate)

Visual field

Rt. Eye

Normal

Defective

Lt. Eye

Normal

Defective

Color vision: ☐ Normal ☐ Defective: Red-green/others

Hearing :

Whisper test (6 feet) :

RIGHT EAR PASS FAIL

LEFT EAR PASS FAIL

IF IMPAIRED, AUDIOMETRY SHOULD BE DONE

Physical Findings:

General Appearance

☐ Normal ☐ Abnormal

1- Pallor

☐ Normal ☐ Abnormal

2- Edema

☐ Normal ☐ Abnormal

3- Jaundice

☐ Normal ☐ Abnormal

4- Heart (Rhythm, sounds and murmurs)

☐ Normal ☐ Abnormal

5- Cognitive functions

☐ Normal ☐ Abnormal

6- Psychiatric (appearance, behavior, mood, thoughts and communication, and memory)

☐ Normal ☐ Abnormal

7- Mouth/teeth

☐ Normal ☐ Abnormal

لائحة فحوصات اللياقة المهنية والأمراض غير المعدية .. تتم

8- Ears, nose, throat	☐ Normal ☐ Abnormal
9- Lung and Chest (not including breast exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
10- Abdomen (including hernia)	☐ Normal ☐ Abnormal
11- Urinary and genital system (not including pelvic exam)	☐ Normal ☐ Abnormal
12- Upper & lower extremities (strength and range of motion)	☐ Normal ☐ Abnormal
13- Spine	☐ Normal ☐ Abnormal
14- Neurological (Equilibrium, tendon reflexes, coordination, etc.)	☐ Normal ☐ Abnormal
15- Skin	☐ Normal ☐ Abnormal
Details of abnormality:-----	

Details of abnormality:-----

Investigation

- Chest X-ray Post-Ant view (CXR-PA).
- Spirometry and respiratory fit testing
- Audiometry

Note:

Copies of all investigation reports, X-ray reports , etc ... should be attached to this form as part of the record.

FINAL DECISION OF END OF SERVICE MEDICAL EXAMINATION REPORT

Job title: _____ Name of the candidate: _____

Job code: _____

ID TYPE: NATIONAL PASSPORT ID NUMBER: _____

(Attach copy)

Medical opinion based on:

- FIT

- All other fitness determinations should be referred to Occupational Medicine Specialist/Consultant, including:
- FIT with considerations
- Fit with restrictions.
- UNFIT

Name of Heath Professional :

Signature:

Date:

CANDIDATE'S PERSONAL DECLARATION

I, the undersigned, hereby affirm that I have given true and complete information to the best of my knowledge regarding my medical history. I understand and accept that if, after having been employed, any false statement or misrepresentation, or omitted material information will constitute a valid reason for my immediate employment termination by my employer without termination benefits.

I, the undersigned, hereby authorize the release of the information I have provided herein, and the results of any required medical examination, including the opinions and evaluations of the examining physicians, to the examining healthcare institute and their employees and authorized agents.

I, the undersigned, do voluntarily agree to release and hold my employer and their employees and authorized agents harmless from any claim, demand or cause of action for damages arising from the review and release of my medical information for the purpose of consideration for employment or aggregate data analysis for epidemiological studies purposes.

Name of candidate..... Signature.....

Date

استثمار مواقع

تعلن بلدية محافظة أضم عن طرح المزادات التالية:

(١-٣)

م	المزايدة	موقع المزايدة	قيمة الكراسة	المساحة	مدة العقد	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١	إنشاء وتشغيل وصيانة – استثماري تجاري	مثلث ربوع العين (المحضر) بأضم	٢٠٠ ريال	٢م٣٤٤٥	٢٥ سنة	الإثنين ١٤٤٧/٧/٢هـ ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (٢:٠٠ مساءً)	الثلاثاء ١٤٤٧/٧/٣هـ ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١٠:٠٠ صباحاً)
٢	إنشاء وتشغيل وصيانة – محلات تجارية	مثلث كساب بأضم	٢٠٠ ريال	٢م٨٤٣٨,٠٥	٢٥ سنة		
٣	إنشاء وتشغيل وصيانة – سكن عمال	مخطط الدومة – أضم	٢٠٠ ريال	٢م٤١١٥,٠٢	٢٥ سنة		
٤	إنشاء وتشغيل وصيانة – مطعم ومقهى	جوار السوق الشعبي – أضم	٢٠٠ ريال	٢م٣١٢٥,١٢	٢٥ سنة		
٥	إنشاء وتشغيل وصيانة – كشك رقم: (١)	مطل أضم	٢٠٠ ريال	٢م١٦	٥ سنوات		
٦	إنشاء وتشغيل وصيانة – كشك رقم: (٢)	مطل أضم	٢٠٠ ريال	٢م٢٠	٥ سنوات		
٧	إنشاء وتشغيل وصيانة – ديوانية	بجوار مطل أضم	٢٠٠ ريال	٢م٢١٥٦,١٢	٥ سنوات		
٨	إنشاء وتشغيل وصيانة – كشك	الطريق الدائري – أضم	٢٠٠ ريال	٢م٤٠	٥ سنوات		
٩	إنشاء وتشغيل وصيانة – كشك	موقع بجوار صراف آلي – الجائزة	٢٠٠ ريال	٢م٢٤	٥ سنوات		
١٠	إنشاء وتشغيل وصيانة – كشك	حديقة المحضر	٢٠٠ ريال	٢م١٢	٥ سنوات		
١١	إنشاء وتشغيل وصيانة – محلات تجارية	مخطط الرصيفة – الجائزة	٢٠٠ ريال	٢م٣١٤٧,٧٠	٢٥ سنة		
١٢	إنشاء وتشغيل وصيانة – مطعم ومقهى	خلف مصنع البلك – الجائزة	٢٠٠ ريال	٢م٣٦٢٩,٢٤	٢٥ سنة		

استثمار مواقع

تعلن بلدية محافظة أضم عن طرح المزايدات التالية:

(٣-٢)

م	المزايدة	موقع المزايدة	قيمة الكراسة	المساحة	مدة العقد	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١٣	إنشاء وتشغيل وصيانة – مجمع تجاري سكني	مقابل مصنع البلك – الجائزة	٥٠٠ ريال	٢م٩٤٦٩,١٢	٢٥ سنة	الإثنين ١٤٤٧/٧/٢هـ ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (٢:٠٠ مساءً)	الثلاثاء ١٤٤٧/٧/٣هـ ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١٠:٠٠ صباحاً)
١٤	إنشاء وتشغيل وصيانة – مجمع تجاري سكني	حقال	٥٠٠ ريال	٢م٤٢١٨,٢٤	٢٥ سنة		
١٥	تشغيل وصيانة – لوحات إعلانية موبي	الطريق العام بأضم والجائزة	٢٠٠ ريال	٢م١٠١,٤٤	١٠ سنوات		
١٦	تشغيل وصيانة – ملاعب ممشى الوادي	الطريق العام – العريزية بأضم	٢٠٠ ريال	٢م٢١٠٩,٤٠	٥ سنوات		
١٧	موقع استثماري (١٣/٤٦/أ) تجاري سكني	طريق كساب القديم	٢٠٠ ريال	٢م٤٥٠٦,٤٦٦	٢٥ سنة		
١٨	موقع استثماري (٥/٤٣/أ) تجاري سكني	خلف مصنع البلك – الجائزة	٥٠٠ ريال	٢م٣٤٧١,٤٥	٢٥ سنة		
١٩	موقع استثماري (١٤/٤٦/أ) تجاري سكني	الضحي	٢٠٠ ريال	٢م٣٣٢٠,٩١٦	٢٥ سنة		
٢٠	موقع استثماري (٤٦/٦/أ) تجاري سكني	مقابل الطريق الدائري من الخلف بجوار معرض الفلاحي	٢٠٠ ريال	٢م١٠٤٥,٥٩٠	٢٥ سنة		
٢١	موقع استثماري (٧/٤٦/أ) تجاري سكني	مقابل الطريق الدائري – خلف منزل عيسين	٥٠٠ ريال	٢م١٦٧٥,٦٥٣	٢٥ سنة		
٢٢	موقع استثماري (٤٦/٨/أ) (١) تجاري سكني	الضحي – قبل كلية البنات	٥٠٠ ريال	٢م١٣٠١,٤١٤	٢٥ سنة		
٢٣	موقع استثماري (٤٦/٨/أ) (٢) تجاري سكني	الضحي – قبل كلية البنات	٥٠٠ ريال	٢م٩٨١,٢٢٠	٢٥ سنة		
٢٤	موقع استثماري (٤٦/٨/أ) (٣) تجاري سكني	الضحي – قبل كلية البنات	٥٠٠ ريال	٢م٧٨٠,١٢٦	٢٥ سنة		
٢٥	موقع استثماري (٤٦/٨/أ) (٤) تجاري سكني	الضحي – قبل كلية البنات	٥٠٠ ريال	٢م٤٩٣,٩٣٥	٢٥ سنة		

استثمار مواقع

تعلن بلدية محافظة أضـم عن طرح المزايدات التالية:

(٣-٣)

م	المزايدة	موقع المزايدة	قيمة الكراسة	المساحة	مدة العقد	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
٢٦	موقع استثماري (أ/١/٤٧) تجاري سكني	قرية الفحو	٥٠٠ ريال	٢٢٢٧١,٠٩م ^٢	٢٥ سنة	الإثنين ١٤٤٧/٧/٢هـ	الثلاثاء ١٤٤٧/٧/٣هـ
٢٧	إنشاء وتشغيل وصيانة – المنطقة الصناعية	الجانزة – آل السني	٥٠٠ ريال	٣٦٦٥٥,٤٩,٠٩م ^٢	٢٥ سنة	٢٠٢٥/١٢/٢٢م (٢:٠٠ مساءً)	٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١٠:٠٠ صباحاً)

– الشروط الرئيسية الخاصة: يُقدّم العرض داخل ظرف مختوم بختم المؤسسة أو الشركة ومكتوب عليه من الخارج اسم المزايدة مصحوباً بالآتي:

١- تقديم خطاب ضمان بنكي لا يقل عن (٢٥٪) من قيمة العطاء، ولا تقل مدته عن (٩٠) يوماً من موعد فتح المظاريف. ٢- سجل تجاري مطابق للنشاط. ٣- على المتقدمين كتابة الأسعار الإفرادية والإجمالية رقماً وكتابة بنموذج العطاء.

٤- تقديم العطاء عن طريق المنافسة الإلكترونية عبر منصة (فرص) ويتم إرفاق جميع المستندات والاشتراطات المطلوبة في كراسة الشروط والمواصفات إلكترونياً. ٥- موقع البيع: منصة فرص (furas.momra.gov.sa).

٦- يتم فتح المظاريف إلكترونياً عبر منصة (فرص). ٧- في حال تعذر تقديم العطاء عن طريق المنافسة الإلكترونية لأسباب فنية، يقدم العطاء في يوم وموعد وموقع فتح المظاريف داخل مطروف مختوم بالشمع الأحمر ويكتب عليه من الخارج اسم المزايدة واسم المستثمر وعنوانه وأرقام هوائفه ورقم الفاكس مع تقديم ما يثبت ذلك عند تقديم العطاء ورقياً، علماً بأن نموذج العطاء الذي يقدم في المزايدة رقم: (٧/٦) مرفق بالكراسة ولن يقبل أي طلب بدونه. (info@momara.gov.sa) وتقديم ما يثبت ذلك عند تقديم العطاء ورقياً، علماً بأن نموذج العطاء الذي يقدم في المزايدة رقم: (٧/٦) مرفق بالكراسة ولن يقبل أي طلب بدونه.

– موقع فتح المظاريف: صالة الاجتماعات ببلدية أضـم.

تعلن جامعة طيبة عن طرح المنافستين التاليتين:

م	المنافسة	رقم المنافسة	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١	ترميم وتشغيل وصيانة – مبنى رقم: (٢٦٨) الكائن بفرع جامعة طيبة – المجمع الأكاديمي بالسلام لاستخدام الأنشطة التعليمية – مدارس عالمية خاصة (طرح)	٢٥-٠٦-٢٥-١٨٤٠٩٣-٩٠٠١	٢٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١٢/٢م (١٠:٠٠ مساءً)	٢٠٢٥/١٢/٣م (٩:٠٠ صباحاً)
٢	تطوير وتشغيل وصيانة الدور الأرضي والساحة المركزية في مبنى رقم: (١١٨) الكائن بالمقر الرئيسي بجامعة طيبة للاستخدام التجاري (تمديد)	٢٥-٠٦-٢٥-١٨٤٠٩٣-٢٠٠١	٢٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/١١م (١١:٠٠ مساءً)	٢٠٢٥/١١/١٢م (٩:٠٠ صباحاً)

تعلن القوات الجوية الملكية السعودية – كلية الملك فيصل الجوية بالجمعة عن طرح المزايدة التالية:

المزايدة	رقم المزايدة	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
تشغيل مبنى تجاري: (مبنى ماركت) في محطة الوقود: (LW25) داخل موقع كلية الملك فيصل الجوية بالجمعة	م ت/١/١/٢٥	مجاناً	الأحد ١٤٤٧/٦/٩هـ ٢٠٢٥/١١/٣٠م (١٠:٠٠ صباحاً)	الاثنين ١٤٤٧/٦/١٠هـ ٢٠٢٥/١٢/١م (١٠:٠٠ صباحاً)

– تسلم العطاءات بملف مختوم إلى إدارة المشتريات خلال مدة الإعلان من الساعة: (٩:٠٠) صباحاً حتى الساعة: (١٢:٠٠) مساءً.

– للحصول على كراسة الشروط الخاصة بالمزايدة الحضور إلى مبنى قيادة القوات الجوية – المبنى الشرقي – هيئة إمدادات وتموين القوات الجوية – إدارة المشتريات، من الساعة: (٩:٠٠) صباحاً حتى الساعة: (١٢:٠٠) مساءً.

تعلن هيئة الزكاة والضريبة والجمارك عن طرح المنافسة التالية:

المنفذ	نوع المنافسة	النشاط	الرقم المرجعي	آخر موعد للتقديم
حالة عمار	مزايدة علنية	وحدات سكنية	١٤٤٧/١٠٨	٢٠٢٥/١١/٢٥م

– المنافسة تأجيرية/ استثمارية في المنافذ البرية، وفقاً للشروط المعدة لذلك ولنظام المنافسات والمشتريات الحكومية الخاص بتأجير العقارات واستثمارها.

– للاستفسارات وللمزيد من المعلومات: التواصل عبر البريد الإلكتروني: (investment@zatca.gov.sa).

– لاستلام كراسة الشروط والمواصفات: مراجعة الإدارة العامة للمالية والاستثمار بديوان هيئة الزكاة والضريبة والجمارك في حي المغرزات، أو إدارة المنفذ.

نزع ملكية

تعلن بلدية محافظة أبوعريش عن صدور قرار سعادة أمين منطقة جازان

رقم: (٤٥٠١٠٨٢٧٧٥) وتاريخ ١٤٤٦/١٠/٢٢هـ القاضي بالموافقة على بدء

إجراءات نزع جزء من ملكية عقار المواطن: يحي أيوب احمد حكمي لصالح

تنظيم طريق الملك عبدالله بمحافظة أبوعريش بمنطقة جازان.

إعلانات فردية

يعلن السيد/ عبدالمصلح نايف عبدالمصلح البديوي، سجل مدني رقم:

(١٠٨٤١٣٥٢٣٣)، عن تقديمه دعوى إعراس أمام المحكمة العامة في سكاكا،

وذلك بموجب القضية رقم: (٤٧٧١٨٠٧٠٢٩)، لطلب حكم إعراسه وفقاً للأنظمة

والتعليمات في المملكة العربية السعودية. وعليه يدعو المدعي كل من له حق

أو مطالبة مالية على المذكور بالتقدم إلى المحكمة العامة في سكاكا خلال مدة

ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ نشر هذا الإعلان، لتقديم ما لديهم من مطالبات أو

اعتراضات نظامية. وبعد انقضاء المدة المحددة نظاماً، لن تُقبل أي مطالبة لم

تُقدّم خلال الفترة المشار إليها.

يعلن سراي لزام الطرقي الظفيري، هوية رقم: (١٠٨٧٦٨٦٩٦٨)، عن فقدان

شهادة الامتياز وفقدان الشهادة الجامعية الخاصة به (شهادة بكالوريوس

أخصائي مختبرات طبية) برقم جامعي: (٣٤٠٤١٢٨٨٣)، صادرة من كلية

الغد الدولية للعلوم الطبية التطبيقية، بتاريخ ١٤٤١/١/١٥هـ، على من يجدها

تسليمها لأقرب فرع للكلية – عمادة القبول والتسجيل، أو التواصل على الرقم:

(٠٥٥٤٦٨٠٥١).

تقدم المواطن/ فيصل علي أبو بكر باوزير، هوية رقم: (١٠٦٨٤٤١٣٧٥) بطلب صك

إعراس لدى محكمة التنفيذ بمحافظة جدة، قضية رقم: (٤٧٧١٩٤٤٧٠٧) بتاريخ

١٤٤٧/٤/٢٤هـ، فمن لديه معارضة يتقدم بذلك للمحكمة جهة الاختصاص.

تعلن كتابة العدل الافتراضية أنه تقدم إليها المستفيد (محمد عبدالرحمن بن

عبدالله العطاس وكيلاً عن: نوره بنت سعد بن ناصر خليفه) بطلب توثيق ورثة

المتوفاة (عزه سعد ناصر خليفه) رحمها الله، وانحصار وريثها في الأخوات

الشقيقات (نوره، رجسه بنات سعد ناصر خليفه) لا وارث لها سواهما، فمن لديه

معارضة على هذا الطلب أو يعلم أن لهذه المتوفاة ورثة آخرين التقدم لكتابة

العدل الافتراضية عبر البريد التالي: (tawthiq.center@moj.gov.sa)،

خلال شهر من تاريخه.

استثمار مواقع

تعلن إدارة صندوق الطلاب بعمادة شؤون الطلاب بجامعة تبوك عن طرح المزايدات التالية:

م	المزايدة	قيمة الكراسة	آخر موعد للتقديم
١	إنشاء وتشغيل مبنى لبيع المشروبات الساخنة والباردة والمأكولات الخفيفة بجوار المركز الطبي (درايف ثرو) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	شهر من تاريخ نشر الإعلان
٢	تشغيل الصالة الرياضية في كلية الشريعة (شطر الطلاب) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	
٣	تشغيل الصالة الرياضية في كلية إدارة الأعمال (شطر الطالبات) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	
٤	تشغيل الصالة الرياضية في كلية التربية (شطر الطالبات) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	
٥	تشغيل الصالة الرياضية في كلية الصيدلة (شطر الطالبات) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	
٦	تشغيل الصالة الرياضية في كلية الطب (شطر الطالبات) بالمدينة الجامعية	١٠٠ ريال	
٧	تشغيل الصالة الرياضية في كلية الحاسبات (شطر الطالبات) بالمصيف	١٠٠ ريال	

– للاستفسارات: إدارة الاستثمار بعمادة شؤون الطلاب بجامعة تبوك – هاتف وواتساب: (٠١٤٤٥٦٣٢١٩).

– الشروط:

- ١- سجل تجاري ساري المفعول.
- ٢- ضمان بنكي لا يقل عن (٥٪) من قيمة العطاء.
- ٣- خبرة في نفس النشاط لا تقل عن ثلاث سنوات.
- ٤- أي شروط إضافية تتضمنها كراسة الشروط.
- ٥- تقديم العطاءات حضورياً لإدارة الاستثمار بعمادة شؤون الطلاب بجامعة تبوك.

تعلن جامعة الملك سعود عن طرح المنافسات التالية:

م	المنافسة	رقم المنافسة	قيمة الكراسة	آخر موعد للاستفسارات وسحب كراسة الشروط والمواصفات	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١	تأجير (مقاه – مطاعم) بكلية العلوم الطبية التطبيقية بالمدينة الجامعية للطلاب وكلية علوم الحاسب التطبيقي بالمرزاحمية	٢٠٢٥/١٧	مجاناً	الخميس ١٤٤٧/٥/٢٢هـ ٢٠٢٥/١١/١٣م	الأحد ١٤٤٧/٥/٢٥هـ ٢٠٢٥/١١/١٦م ٢:٠٠ مساءً	الاثنين ١٤٤٧/٥/٢٦هـ ٢٠٢٥/١١/١٧م ١٠:٠٠ صباحاً
٢	تأجير وسائل النقل الحديثة (سكوترات كهربائية ودراجات)	٢٠٢٥/١٨	مجاناً	الخميس ١٤٤٧/٥/٢٢هـ ٢٠٢٥/١١/١٣م	الاثنين ١٤٤٧/٥/٢٦هـ ٢٠٢٥/١١/١٧م ٢:٠٠ مساءً	الثلاثاء ١٤٤٧/٥/٢٧هـ ٢٠٢٥/١١/١٨م ١٠:٠٠ صباحاً
٣	تأجير المواقع (c) الشمالية بعمادة السنة المشتركة	٢٠٢٥/١٩	مجاناً	الخميس ١٤٤٧/٥/٢٢هـ ٢٠٢٥/١١/١٣م	الثلاثاء ١٤٤٧/٥/٢٧هـ ٢٠٢٥/١١/١٨م ٢:٠٠ مساءً	الأربعاء ١٤٤٧/٥/٢٨هـ ٢٠٢٥/١١/١٩م ١٠:٠٠ صباحاً

– يتم الاطلاع وسحب كراسة الشروط والمواصفات من الإدارة العامة للمشتريات في المدينة الجامعية – مركز الجامعة – مبنى (١٩) الدور الثالث، أو عن طريق البريد الإلكتروني: (kalmuryshd@ksu.edu.sa).

استثمار مواقع

تعلن أمانة محافظة جدة عن طرح مزايدات المجموعة الاستثمارية الثانية عشرة لعام (٢٠٢٥م)، وذلك على النحو الآتي:

(١-٢)

م	المزايدة	مدة العقد	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١	تأجير موقع بمساحة: (٢٣٤٢,٦٠م ^٢) لإقامة حديقة ومبانٍ تجارية ورياضية بحي الفيصلية ببلدية المطار الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٠م (١١:٠٠ صباحاً)	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٠م (٢:٠٠ مساءً)
٢	تأجير القطعة رقم: (٢٣) بمساحة: (٢٥٧٠٣١,٤٦م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات منخفضة الخطورة بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٧م (١١:٠٠ صباحاً)	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٧م (١:٣٠ مساءً)
٣	تأجير القطعة رقم: (٢٤) بمساحة: (٢٥٨٢٢٥,٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات منخفضة الخطورة بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٧م (١١:٠٠ صباحاً)	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/١٧م (٢:٠٠ مساءً)
٤	تأجير القطعة رقم: (٢٩) بمساحة: (٧٣١٢٤,١٤م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات منخفضة الخطورة بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الخميس ٢٠٢٥/١٢/١٨م (١١:٠٠ صباحاً)	الخميس ٢٠٢٥/١٢/١٨م (١:٣٠ مساءً)
٥	تأجير القطعة رقم: (٣٠) بمساحة: (٦٠٩٠٢,٨٣م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات منخفضة الخطورة بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الخميس ٢٠٢٥/١٢/١٨م (١١:٠٠ صباحاً)	الخميس ٢٠٢٥/١٢/١٨م (٢:٠٠ مساءً)
٦	تأجير القطعة رقم: (٣١) بمساحة: (٧٣٣٠٧,٠١م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات ومحطة معالجة مياه صرف صحي بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢١م (١١:٠٠ صباحاً)	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢١م (١:٣٠ مساءً)
٧	تأجير القطعة رقم: (٣٢) بمساحة: (٧٢٧١٥,٥٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات منخفضة الخطورة بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢١م (١١:٠٠ صباحاً)	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢١م (٢:٠٠ مساءً)
٨	تأجير القطعة رقم: (٤٦) بمساحة: (٧٩١٧٤,٥٧م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الاثنين ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (١١:٠٠ صباحاً)	الاثنين ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (١:٣٠ مساءً)
٩	تأجير القطعة رقم: (٤٧) بمساحة: (٧٩٤٣٩,٩٣م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الاثنين ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (١١:٠٠ صباحاً)	الاثنين ٢٠٢٥/١٢/٢٢م (٢:٠٠ مساءً)
١٠	تأجير القطعة رقم: (٤٨) بمساحة: (٧٥٠٠٤,٦٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١:٣٠ مساءً)
١١	تأجير القطعة رقم: (٤٩) بمساحة: (٧٥٠٠٤,٦٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٢٠٢٥/١٢/٢٣م (٢:٠٠ مساءً)
١٢	تأجير القطعة رقم: (٥٠) بمساحة: (٧٥٠٠٤,٦٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/٢٤م (١١:٠٠ صباحاً)	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/٢٤م (١:٣٠ مساءً)
١٣	تأجير القطعة رقم: (٥١) بمساحة: (٧٥٠٠٤,٦٩م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/٢٤م (١١:٠٠ صباحاً)	الأربعاء ٢٠٢٥/١٢/٢٤م (٢:٠٠ مساءً)
١٤	تأجير القطعة رقم: (٥٢) بمساحة: (٩١٢٦٨,١٥م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الخميس ٢٠٢٥/١٢/٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الخميس ٢٠٢٥/١٢/٢٥م (١:٣٠ مساءً)
١٥	تأجير القطعة رقم: (٥٣) بمساحة: (١٠٣٨٨٧,٤٣م ^٢) لإقامة مشروع مستودعات بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٢٠٠٠ ريال	الخميس ٢٠٢٥/١٢/٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الخميس ٢٠٢٥/١٢/٢٥م (٢:٠٠ مساءً)
١٦	تأجير القطعة رقم: (٦٠) بمساحة: (١٠٠٠٩٤,٣٥م ^٢) لإقامة مجمع سكني جماعي للأفراد بحي المسرة ببلدية الجنوب الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢٨م (١١:٠٠ صباحاً)	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢٨م (١:٣٠ مساءً)
١٧	تأجير موقع بمساحة: (٤١٥٦,٤١م ^٢) لإقامة مشروع مبنى سكني جماعي للأفراد بحي الوفاء ببلدية طيبة الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢٨م (١١:٠٠ صباحاً)	الأحد ٢٠٢٥/١٢/٢٨م (٢:٠٠ مساءً)

استثمار مواقع

تعلن أمانة محافظة جدة عن طرح مزايدات المجموعة الاستثمارية الثانية عشرة لعام (٢٠٢٥م)، وذلك على النحو الآتي:

م	المزايدة	مدة العقد	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١٨	تأجير موقع بمساحة: (٢م١٠٠٠) لإقامة محلات تجارية بحي الشراع ببلدية أبحر الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٠ سنة	٣٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١٠:٤٥ مساءً)
١٩	تأجير موقع بمساحة: (٢م١٠٤٥,٥٠) لإقامة محلات تجارية بحي الشراع ببلدية أبحر الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٠ سنة	٣٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٢:٠٠ مساءً)
٢٠	تأجير موقع بمساحة: (٢م١٢٤٠) لإقامة مركز تجاري بحي الشراع ببلدية أبحر الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٠ سنة	٣٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٢:١٥ مساءً)
٢١	تأجير موقع بمساحة: (٢م٣٢٨٥٧,٥٢) لإقامة مبنى تجاري بحي الشرائع ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٠ سنة	٢٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٢:٣٠ مساءً)
٢٢	تأجير موقع بمساحة: (٢م١٥٨٧) لإقامة محلات تجارية بحي الكورنيش ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٢:٤٥ مساءً)
٢٣	تأجير موقع بمساحة: (٢م٣٢٤٧,٤٢) لإقامة مبنى تجاري بحي الكورنيش ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٣:٠٠ مساءً)
٢٤	تأجير موقعين بمساحة: (٢م٢٤٠٠) لإقامة محلات تجارية بحي الكورنيش ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٣:١٥ مساءً)
٢٥	تأجير موقعين بمساحة: (٢م٢٥٦٠) لإقامة محلات تجارية بحي الكورنيش ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٠٠٠ ريال	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الإثنين ٢٩/١٢/٢٠٢٥م (٣:٣٠ مساءً)
٢٦	تأجير موقعين بمساحة: (٢م٣٢٣٠,٦٥) لإقامة مبنى تجاري بحي الكورنيش ببلدية ثول الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٣٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٣٠ صباحاً)
٢٧	إنشاء وتشغيل وصيانة حديقة لإقامة أنشطة تجارية ورياضية في حي النخيل	٢٥ سنة	٥٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١٢:٠٠ مساءً)
٢٨	إنشاء وتشغيل وصيانة حديقتين لإقامة أنشطة تجارية ورياضية في حي الفروسية	٢٥ سنة	٥٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١٢:١٥ مساءً)
٢٩	إنشاء وتشغيل وصيانة حديقتين لإقامة أنشطة تجارية ورياضية في حي الوفاء	٢٥ سنة	٥٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١٢:٣٠ مساءً)
٣٠	تأجير موقع بمساحة: (٢م٥٣٠٨,٨٦) لإقامة حديقة ورياض أطفال بحي النخيل ببلدية أبرق الرغامة الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١:٠٠ مساءً)
٣١	تأجير موقع بمساحة: (٢م٤٦٨٠,٥٠) لإقامة حديقة ورياض أطفال بحي العزيزية ببلدية العزيزية الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١:١٥ مساءً)
٣٢	تأجير موقع بمساحة: (٢م٦٦٦٤٣,٢٢) لإقامة حديقة ومبان استثمارية بحي الرياض ببلدية طيبة الفرعية (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	٣٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١:٣٠ مساءً)
٣٣	تأجير مجموعة حدائق بحي النهضة لإقامة نشاط مواقف سيارات (إنشاء وتشغيل وصيانة)	٢٥ سنة	١٥٠٠٠ ريال	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (١١:٠٠ صباحاً)	الثلاثاء ٣٠/١٢/٢٠٢٥م (٢:٠٠ مساءً)

– آخر موعد لتقديم العطاءات المالية: حسب ما هو مدون في بوابة الاستثمار في المدن السعودية (فرص).

– يمكن للمستثمرين تقديم الاستفسارات أو الاستيضاحات بإحدى الطرق التالية:

١- التوجه إلى الإدارة العامة لتنمية الاستثمار في مقر وكالة الاستثمار بمبنى شركة جدة الواقع على شارع المعادي بحي الرويس (الدور الثالث).

٢- تقديم خطاب رسمي من خلال خدمة تقديم معاملة إلكترونية على موقع أمانة محافظة جدة موجهاً للإدارة العامة لتنمية الاستثمار، موضحاً به الاستفسار مع ضرورة الإشارة إلى اسم المزايدة.

استثمار مواقع

تعلن الهيئة العامة للعناية بشؤون المسجد الحرام والمسجد النبوي عن المنافسات التالية:

م	المنافسة	المساحة	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف
١	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل مشروع لبيع التمور الفاخرة	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م
٢	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل مشروع للصناعات اليدوية والحرف التراثية	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م
٣	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل مشروع للتصوير التذكاري الذكي	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م
٤	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل مشروع قهوة سعودية متخصصة	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م
٥	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل مشروع للمأكولات الخفيفة (Finger Food) والمأكولات التراثية المدنية	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م
٦	تأجير موقع لإنشاء وتشغيل خدمات التغليف والشحن الدولي	٢م١٢٤	١٠٠٠ ريال	٢٠٢٥/١١/٩م	٢٠٢٥/١١/١٠م

– وذلك بتقديم عرض عن طريق بوابة الاستثمار في المدن السعودية (فرص) مرفقاً به المتطلبات التالية:

- ١- صورة من السجل التجاري ساري المفعول.
- ٢- صورة من شهادة تسديد الزكاة سارية المفعول.
- ٣- صورة من شهادة الاشتراك في الغرفة التجارية سارية المفعول.
- ٤- شهادة المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتسجيل المنشأة في المؤسسة وتسديد الحقوق التأمينية.
- ٥- شهادة تحقيق النسبة النظامية لتوطين الوظائف.
- ٦- السيرة الذاتية للشركة أو المؤسسة.
- ٧- صورة من بطاقة الأحوال المدنية للمستأجر.
- ٨- تقديم ضمان بنكي ابتدائي بنسبة (١٥٪) من قيمة الأجرة السنوية ساري المفعول لمدة لا تقل عن (٩٠) يوماً اعتباراً من موعد فتح المظاريف.

ملاحظة:

- ١- تقدم العروض إلكترونياً عن طريق بوابة الاستثمار في المدن السعودية (فرص).
- ٢- وثائق المنافسة تباع إلكترونياً عن طريق بوابة الاستثمار في المدن السعودية (فرص).
- ٣- للاستفسار التواصل على البريد الإلكتروني: (md.alshaimi@gph.gov.sa).

تعلن جامعة طيبة عن طرح مزادات التأجير التالية داخل إسكان أعضاء هيئة التدريس بالمدينة الطبية:

م	المزايدة	مدة العقد	مساحة الموقع	قيمة الكراسة	آخر موعد لتقديم العطاءات	موعد فتح المظاريف	الموقع
١	تأجير محل تجاري لنشاط البيع بالتجزئة للمواد الغذائية	٣ سنوات	٢م٩٥	٢٠٠ ريال	الإثنين ٢٠٢٥/١١/١٧م (٩:٠٠) صباحاً بالمقر الرئيسي بجامعة طيبة – مبنى (١٠١) إدارة الاستثمار – الدور الأول	الإثنين ٢٠٢٥/١١/١٧م (١٠:٠٠) صباحاً بالمقر الرئيسي بجامعة طيبة – مبنى (١٠١) إدارة الاستثمار – الدور الأول	
٢	تأجير محل تجاري لنشاط المطاعم وخدمات الأطفمة	٣ سنوات	٢م٥٨	٢٠٠ ريال			
٣	تأجير محل تجاري لنشاط البيع بالتجزئة ما عدا المواد الغذائية	٣ سنوات	٢م٣٠	٢٠٠ ريال			
٤	تأجير محل تجاري لنشاط البيع بالتجزئة ما عدا المواد الغذائية	٣ سنوات	٢م٢٨	٢٠٠ ريال			
٥	تأجير محل تجاري لنشاط البيع بالتجزئة ما عدا المواد الغذائية	٣ سنوات	٢م٢٨	٢٠٠ ريال			

– آخر موعد لشراء كراسة الشروط والمواصفات: الأحد ٢٠٢٥/١١/١٦م، الساعة: (١١:٠٠) مساءً.

– التقديم على المزادات الاستثمارية وشراء الكراسة ومعرفة كامل التفاصيل للفرصة عن طريق منصة فرص للاستثمار: الدخول على منصة فرص للاستثمار من خلال الرابط: (https://furas.momah.gov.sa).

– للاستفسار والتواصل بإدارة الاستثمار هاتف: (٠١٤٨٦١٨٨٨٨) تحويل: (٢٨٥٧) واتساب: (٠١٤٨٦١٨٨٥٣) بريد إلكتروني: (invest_tu@taibahu.edu.sa).