

نموذج عقد عمل مؤقت



يرجى إدخال اسمك الأول والأخير بالكامل، وتاريخ ميلادك، ومعلومات الاتصال بك أولاً. هذه هي الطريقة الوحيدة لمعالجة طلبك.

يرجى قراءة التعليمات التالية بعناية قبل تعبئة نموذج التحقق من الامتناع عن ممارسة الجنس. تهدف هذه التعليمات إلى ضمان تقديم جميع المعلومات المطلوبة بشكل صحيح وكامل لضمان فعالية عملية التحقق من الامتناع عن ممارسة الجنس.

1. تقديم تفاصيل دقيقة.

يرجى التأكد من تعبئة جميع المعلومات في النموذج بدقة وشمولية. قد يؤدي عدم اكتمال المعلومات أو دقتها إلى تأخير عملية المراجعة.

2. دقة المعلومات.

قبل إرسال النموذج، يُرجى التحقق من دقة جميع المعلومات. قد تؤدي المعلومات غير الصحيحة إلى سوء فهم أو تأخير.

3. تقديم معلومات الاتصال.

يرجى تقديم معلومات الاتصال الحالية والكاملة الخاصة بك (على سبيل المثال رقم الهاتف، عنوان البريد الإلكتروني) حتى تتمكن من الوصول إليك بسرعة إذا كان لدينا أي أسئلة.

4. استخدم خطًا يدويًا واضحًا.

يرجى التأكد من وضوح خطك. قد تؤدي الإدخالات غير الواضحة إلى تأخير.

5. الالتزام بالمواعيد النهائية.

يرجى مراعاة المواعيد النهائية المحددة لتقديم النموذج والمستندات المرفقة. قد يؤثر التأخر في تقديم الطلب على سير العملية.

6. تفاصيل الهوية الكاملة.

يرجى تعبئة قسم الهوية الشخصية بالكامل، بما في ذلك اسمك، وتاريخ ميلادك، وعنوانك، وأي معلومات أخرى مطلوبة.

7. تقديم المستندات غير المكتملة.

إذا لم يكن لديك جميع المستندات اللازمة في وقت التقديم، فيرجى الاتصال بنا لتوضيح موعد تقديم المستندات المفقودة.

8. صعوبات اللغة.

<https://mpu-zentrale.com/abstinence-testing-procedures-forms/> إذا واجهتك أي صعوبات لغوية، يُرجى التواصل معنا. يُمكننا توفير النموذج بلغات مختلفة. تفضل بزيارة <https://mpu-zentrale.com/abstinence-testing-procedures-forms/> ويمكنك أيضًا تحديد اللغة التي تناسبك.

9. إرفاق وإرسال المستندات ذات الصلة.

يرجى التأكد من أنك **الجميع** يرفق المستندات ذات الصلة، مثل الشهادات الطبية أو نتائج الفحوصات، مع النموذج. **لهذا، من الضروري للإرسال.** الرجاء تسمية الملف. كـ "نموذج عقد auev@mpu-zentrale.com إلى PDF إرفاق النموذج وجميع المستندات. **إرسال ملف** عمل مؤقت (الاسم الأول _ اسم العائلة)". **لا تتم أي مراجعة قبل التقديم الصحيح**

10. خيارات الاتصال في حالة عدم اليقين.

support@mpu-zentrale.com لأي استفسارات حول تعبئة النموذج أو المستندات المطلوبة، يُرجى التواصل مع فريقنا عبر البريد الإلكتروني. أو عبر الهاتف على الرقم 08007239096.

معلومات شخصية

- الاسم الأول والأخير: _____
- تاريخ الميلاد: _____
- الاتصال (الهاتف/البريد الإلكتروني): _____

أسئلة حول التحقق من الامتناع عن ممارسة الجنس

١. متى شوهدت آخر مرة تقود فيها تحت تأثير الكحول أو المخدرات؟
يُرجى تحديد التاريخ والوقت. في حال وجود حوادث متعددة، يُرجى إدخال جميع التفاصيل

٢. ما الذي لفت الانتباه؟

يُرجى ذكر المادة (كحول أو مخدرات). إذا كانت مخدرات، يُرجى تحديدها (مثل: القنب، الكوكايين، الهيروين، الإكستاسي، الأمفيتامين، الكيتامين، أو ما شابه).

٣. ما هي القيم المُقاسة أثناء المخالفة؟

بالنسبة للكحول، يُرجى ذكر تركيز الكحول المُقاس في الدم (بالألف) مع وقت أخذ عينة الدم. وبالنسبة للمخدرات، يُرجى ذكر جميع القيم المُقاسة بالنانو غرام (نانو غرام).

٤. ما كمية الكحول/المخدرات التي تناولتها يوم ارتكاب المخالفة؟

يُرجى تحديد الكمية وفترة الاستهلاك (من متى إلى متى؟). إذا كان هناك كحول، يُرجى أيضًا تحديد نوعه (مثل: بيرة، نبيذ، مشروبات روحية، كوكتيلات) وحجم الكؤوس/الزجاجات (بالمليتر).

٥. متى كانت أول مرة تناولت فيها الكحول/المخدرات في حياتك؟

٦. كيف تطور استهلاكك للكحول من المرة الأولى حتى وقوع الجريمة (على مدار الأشهر والسنوات)؟ ما هي كمية الكحول التي

استهلكتها منذ البداية؟

يُرجى تحديد الكميات في كل مرة (كم عدد الأكواب أو الزجاجات؟ ما حجم الأكواب أو الزجاجات؟) ونوع الكحول و/أو كميات المخدرات. يُرجى أيضًا ذكر وتيرة استهلاكك للكحول و/أو المخدرات (كم مرة في اليوم، أو الأسبوع، أو الشهر، أو السنة؟).

منذ متى امتنعت عن تناول الكحول و/أو المخدرات، أو شربت كمية قليلة جدًا (إذا كان الأمر كذلك، فكم الكمية؟). 7.

هل بدأت بالفعل في عملية التحقق من الامتناع عن ممارسة الجنس؟ 8.

بسبب الكحول و/أو المخدرات؟ (MPU) 9. هل سبق لك الخضوع لتقييم طبي نفسي
إذا كان الأمر كذلك، يُرجى تقديم تقرير التقييم السابق.

10. هل سبق لك تلقي علاج لإدمانك (طبيب، أخصائي نفسي، عيادة، علاج إزالة السموم، علاج إعادة التأهيل)؟
إذا كان الأمر كذلك، يُرجى تحديد المدة وتقديم المستندات ذات الصلة.

11. هل أهملت التزاماتك بسبب تعاطي المخدرات (مثل: إلغاء المواعيد، التأخر عن العمل، إهمال العمل)؟ إذا كان الأمر كذلك، فما هو
تحديدًا؟

هل تلقيت أي مؤشرات أو تعليقات من معارفك أو أصدقائك أو زملاء العمل في بيئتك الشخصية أو المهنية فيما يتعلق بتعاطيك 12.
للمواد؟

هل كنت تستهلك أحيانًا بشكل سري و/أو بمفردك؟ 13.

هل تناولته أحياناً في الصباح؟ 14.

لماذا قررت الامتناع عن تناول الكحول/المخدرات (هذا ينطبق فقط إذا توقفت عن ذلك)؟ 15.

هل حدثت أي انتكاسات منذ بدء الامتناع؟ إذا كان الأمر كذلك، متى حدث ذلك وفي أي ظروف؟ ١٦.

من يدعمك في امتناعك عن التعاطي (الأسرة، الأصدقاء، مراكز الإرشاد)؟ 17.

هل كانت هناك أية عواقب قانونية أو مالية أو اجتماعية نتيجة للاستهلاك؟ 18.

١٩. صف الظروف الدقيقة يوم ارتكاب المخالفة. كيف حدث تعاطي المخدرات قبل ذلك، وكيف كان الشخص يشارك في حركة المرور؟ هل كانت هناك أي ظروف عاطفية خاصة، مثل الجدل، أو الشعور بالإرهاق، أو الانتكاسات، أو ما شابه؟

٢٠. هل عانيت من أي أعراض انسحاب (رعشة، تعرق، انفعال، إلخ) بعد التوقف عن تناول المادة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فأي منها؟

نموذج عقد عمل مؤقت



معلومات إضافية / حقل نص مجاني

إذا لم يكن هناك مساحة كافية، يرجى استخدام هذا الحقل للحصول على معلومات إضافية

[illegible]