

## نموذج السيرة الذاتية

### تعليمات ملء النموذج

- يُملأ هذا النموذج من قبل العضو المرشح /المعين لعضوية مجلس إدارة شركة مساهمة مدرجة في السوق المالية السعودية ("الشركة").
- في حال كان العضو معين من قبل مجلس إدارة الشركة - بناءً على الفقرة (4) من المادة التاسعة والستون من نظام الشركات -؛ فيلزم العضو بإرسال هذا النموذج للشركة فور تعيينه.
- ترفق الشركة هذا النموذج بعد تعبئة البيانات الواردة فيه في النظام الإلكتروني الذي تحدده هيئة السوق المالية قبل (3) أيام عمل على الأقل من انعقاد الجمعية العامة.

### 1. بيانات الشركة

|             |  |
|-------------|--|
| اسم الشركة  |  |
| قطاع الشركة |  |

### 2. صفة العضوية وطريقة التعيين

|                      |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| صفة العضوية (ضع ✓)   | <input type="checkbox"/> عضو تنفيذي <input type="checkbox"/> عضو غير تنفيذي <input type="checkbox"/> عضو مستقل                                                                                    |
| طبيعة العضوية (ضع ✓) | <input type="checkbox"/> مرشح بصفته مساهماً <input type="checkbox"/> معين من قبل مساهم يتمتع بحق التعيين بموجب نظام الشركة الأساس.<br>اسم المساهم: <input type="checkbox"/> مرشح من مساهم، واسمه: |
| فترة العضوية         | تاريخ بداية (دورة المجلس)/العضوية في حال تم التعيين بعد بدء<br>دورة المجلس): / /<br>تاريخ نهاية دورة المجلس: / /                                                                                  |

### 3. البيانات الشخصية

|                         |                                                                       |                                                                  |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| الاسم الرباعي           | رقم الهوية                                                            |                                                                  |
| الجنسية                 | <input type="checkbox"/> سعودي <input type="checkbox"/> أخرى، اذكرها: | تاريخ الميلاد                                                    |
| جهة العمل الحالية:      | المسمى الوظيفي:                                                       | الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى |
|                         |                                                                       | البريد الإلكتروني                                                |
|                         |                                                                       | رقم الجوال                                                       |
| هل أنت مساهم في الشركة؟ | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا              |                                                                  |

### 4. المؤهلات العلمية

| م | المؤهل | التخصص | تاريخ الحصول على المؤهل | اسم الجهة المانحة ودولتها |
|---|--------|--------|-------------------------|---------------------------|
| 1 |        |        |                         |                           |
| 2 |        |        |                         |                           |
| 3 |        |        |                         |                           |
| 4 |        |        |                         |                           |

### 5. الخبرات العملية

| الفترة | مجالات الخبرة |
|--------|---------------|
|        |               |
|        |               |
|        |               |
|        |               |
|        |               |

6. العضوية الحالية في مجالس إدارات/مجالس مديري شركات مساهمة أخرى (مدرجة أو غير مدرجة) أو أي شركة أخرى- أياً كان شكلها القانوني أو اللجان المنبثقة منها:-

| م | اسم الشركة | النشاط الرئيس | صفة العضوية في مجالس إدارات الشركات (تنفيذي، غير تنفيذي، مستقل) أو لا ينطبق | طريقة التعيين (مرشح بصفته مساهماً، معين من قبل مساهم يتمتع بحق التعيين بموجب نظام الشركة الأساس، مرشح من مساهم) | اسم اللجنة المشترك في عضويتها | الشكل القانوني للشركة |
|---|------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |
| 2 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |
| 3 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |
| 4 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |
| 5 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |
| 6 |            |               |                                                                             |                                                                                                                 |                               |                       |

7. أسئلة استقصائية:

| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>أ-هل تملك أو يملك أحد أقاربك ما نسبته خمسة في المئة أو أكثر من أسهم الشركة أو أي شركة من مجموعتها؟<br/>إذا كانت الإجابة ب/نعم، فاذكر التفاصيل الكاملة:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم الشركة</th> <th>نسبة الملكية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                             | م                         | اسم الشركة                 | نسبة الملكية              |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| م                                                        | اسم الشركة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | نسبة الملكية              |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ب-هل أنت من كبار التنفيذيين خلال العامين الماضيين في الشركة أو في أي شركة من مجموعتها؟<br/>إذا كانت الإجابة ب/نعم، فاذكر التفاصيل الكاملة:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم الشركة</th> <th>المنصب التنفيذي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                              | م                         | اسم الشركة                 | المنصب التنفيذي           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | اسم الشركة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | المنصب التنفيذي           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ج-هل توجد لك صلة قرابة بأي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين في الشركة أو في أي شركة من مجموعتها؟<br/>إذا كانت الإجابة ب/نعم، فاذكر التفاصيل الكاملة:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم القريب الرابعي ومنتصبه</th> <th>اسم الشركة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                 | م                         | اسم القريب الرابعي ومنتصبه | اسم الشركة                |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | اسم القريب الرابعي ومنتصبه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | اسم الشركة                |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>د-هل أنت عضو في مجلس إدارة أو مجلس مديري أي شركة من ضمن مجموعة الشركة؟<br/>إذا كانت الإجابة ب/نعم، فاذكر التفاصيل الكاملة:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم الشركة والتفاصيل</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | م                         | اسم الشركة والتفاصيل       |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | اسم الشركة والتفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>هـ-هل كنت موظف خلال العامين الماضيين لدى الشركة أو شركة أخرى من مجموعتها أو مالكاً لحصص سيطرة لدى الشركة أو طرف متعامل مع الشركة أو شركة أخرى من مجموعتها كمراجعي الحسابات أو كبار الموردين خلال العامين الماضيين؟<br/>إذا كانت الإجابة ب/نعم، فاذكر التفاصيل الكاملة:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم الشركة</th> <th>اسم الطرف المرتبط بالشركة</th> <th>نوع الوظيفة</th> <th>نسبة الملكية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | م                         | اسم الشركة                 | اسم الطرف المرتبط بالشركة | نوع الوظيفة | نسبة الملكية |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | اسم الشركة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | اسم الطرف المرتبط بالشركة | نوع الوظيفة                | نسبة الملكية              |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>و- هل تتقاضى مبالغ مالية من الشركة علاوة على مكافأة عضوية مجلس الإدارة أو أي من لجانه تزيد عن (200,000) ريال أو 50% من مكافأة العام السابق مقابل عضوية مجلس الإدارة أو أي من لجانه أيهما أقل؟</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                            |                           |             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

☐ نعم ☐ لا

| م | اسم المنشأة | طبيعة العمل أو النشاط المنافس |
|---|-------------|-------------------------------|
|   |             |                               |
|   |             |                               |
|   |             |                               |

| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>م- هل يوجد أي دعاوى مسؤولية في مواجهتك؛ مرفوعة من قبل الشركة، أو أي شركة من مجموعتها أو أي شركة مساهمة أخرى؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>                                         | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ن- هل يوجد أي دعاوى، أو شكاوى، أو خصومة -بأي شكل من الأشكال- مرفوعة من قبلك على الشركة، أو أي شركة من مجموعتها أو أي شركة مساهمة أخرى؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم؛ فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>               | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>س- هل هناك أي أحكام غير منفذة صادرة بحقك، تكون الشركة أو أي شركة من مجموعتها أو أي شركة مساهمة أخرى طرفاً فيها؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم؛ فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>                                      | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ع- هل أنت على علم بأي دعاوى، أو تحقيق، أو أي إجراء رسمي موجه ضدك؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>                                                                                    | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ف- هل سبق أن أشهر إفلاسك في أي وقت سواء داخل أو خارج المملكة؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>                                                                                        | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ص- هل سبق أن تمت التصفية الإجبارية لأي شركة أو منشأة أياً كان شكلها القانوني أو تعيين مدير أو حارس قضائي عليها خلال الفترة التي كنت في مجلس إدارتها؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <p>ق- هل سبق أن تم منعك من العمل في أي شركة مساهمة بناء على قرار من جهة قضائية؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة متضمنة تاريخ المنع ومدته-</p> <table border="1"> <tr> <th>م</th> <th>التفاصيل</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>                                                | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |  |  |
| م                                                        | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> | <div>ر- هل سبق أن تم عزلك من عضوية (مجلس إدارة/مجلس مديرين/لجنة) أي شركة أو منشأة أياً كان شكلها القانوني؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/ نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة -</div> <table><tr><th>م</th><th>التفاصيل</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                      | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|--|--|--|--|--|--|
| م                                                                   | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
| <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> | <div>ش- هل سبق وأن تمت إدانتك، أو إدانة أي شركة أو منشأة أياً كان شكلها القانوني شغلت فيها منصب عضوية مجلس إدارة، أو مجلس مديرين؛ وذلك بسبب ارتكاب أي فعل أو ممارسة تتضمن طابع الاحتيال، خيانة الأمانة، أو غسل الأموال، أو نحوه؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/ نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</div> <table><tr><th>م</th><th>التفاصيل</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |
| م                                                                   | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
| <div><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</div> | <div>ت- هل سبق لأي جهة قضائية في أي دولة أو منظمة أو أي كيان ذو طابع مؤسسي أن أصدر حكم بعدم أهليتك لشغل أي منصب عضو مجلس إدارة شركة، أو التصرف لإدارة أو تسيير شؤون أي شركة؟<br/>-إذا كانت الإجابة ب/ نعم، فيجب ذكر التفاصيل كاملة-</div> <table><tr><th>م</th><th>التفاصيل</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>                                                     | م | التفاصيل |  |  |  |  |  |  |
| م                                                                   | التفاصيل                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |          |  |  |  |  |  |  |

**اقرار وتعهد:**

☐ أقر بأن المعلومات الواردة في هذا النموذج (بما في ذلك جميع المرفقات) كاملة وصحيحة ودقيقة، وأتعهد بتقديم أي معلومات وبيانات أخرى تطلبها الهيئة خلال المدة المحددة في الطلب، وأتحمل كامل المسؤولية النظامية في حال عدم صحة أو دقة أي معلومات أو وثائق يتم تقديمها إلى الهيئة.

☐ أقر بأن تواصل الهيئة ومراسلاتها على العناوين ووسائل الاتصال المذكورة في هذا النموذج يعدّ تبليغاً صحيحاً لي ومنتجاً لآثاره القانونية، وأتعهد بإشعار الهيئة بشكل مكتوب بأي تغيير يطرأ عليها، وأتحمل المسؤولية عن التخلف عن ذلك.

| اعتماد العضو المرشح / المعين |  |
|------------------------------|--|
| الاسم:                       |  |
| التوقيع:                     |  |
| التاريخ:                     |  |