

# دليل للزائرين العلميين المدعومين من الوكالة في إطار التعاون التقني



**IAEA**

الوكالة الدولية للطاقة الذرية  
تسخير القوة من أجل السلام والتنمية

1- تُنظَّم الزيارات العلمية لكبار الموظفين من شاغلي المناصب/الأدوار ذات الطبيعة الاستشارية أو الإشرافية، على أن يكونوا ممن يتمتعون بخبرة لا تقل عن خمس سنوات في المجال المعني وأن يتبقى أمامهم خمس سنوات على الأقل من الخدمة المتواصلة في مناصبهم الحالية في بلدانهم. ومدة هذه الزيارات أسبوعان على الأكثر في بلدين كحدِّ أقصى. وتشكل الزيارات العلمية جزءاً لا يتجزأ من تنفيذ مشروع من مشاريع التعاون التقني في أحد مجالات التنمية ذات الأولوية العالية على الصعيد الوطني، أو تُمنح على أساس فردي باعتبارها مساهمة مباشرة في تنمية الموارد البشرية لبرنامج الطاقة الذرية للبلد المعني.

2- وتضع الوكالة برنامج الزيارات العلمية بالتعاون مع البلدان المُضييفة، ويعتمد تحديد مدة أي زيارة ومواعيدها بدقة على قرار الحكومة المضييفة. ويُطلب من المرشحين أن يتَّخذوا ما يلزم من خطوات قبل وقت كافٍ للحصول على جميع التأشيرات اللازمة. وينبغي ملاحظة أن الزائر العلمي يتحمل وحده مسؤولية الحصول على التأشيرات، بما فيها تأشيرات العبور عند الضرورة. وينبغي إبلاغ الوكالة فوراً بأي تغييرات تطرأ على المعلومات المتعلقة بسُبل الاتصال التي تُدرج في استمارة الترشيح (تغيير الاسم أو العنوان البريدي أو رقم الهاتف أو البريد الإلكتروني).

3- وينبغي توجيه جميع المراسلات إلى مساعد إدارة البرنامج المعني، وينبغي أن تتضمن دائماً الاسم الكامل للزائر العلمي ورقم الفعالية. وترد أدناه بيانات الاتصال العامة بالوكالة:

شُعَب الوكالة
شعبة أفريقيا
شعبة آسيا والمحيط الهادئ
شعبة أوروبا
شعبة أمريكا اللاتينية والكاريبي

العنوان البريدي	الاتصال عن بعد
Department of Technical Cooperation	رقم الهاتف: +43 1 2600
International Atomic Energy Agency	رقم الفاكس: +43 1 26007
PO Box 100, 1400 Vienna, Austria	عنوان البريد الإلكتروني: <a href="mailto:Official.Mail@iaea.org">Official.Mail@iaea.org</a>

4- ويجب أن تُبرمج مواعيد الزيارات العلمية وفقاً لما يناسب سلطات البلد المُضييف والمؤسسات المُراد زيارتها. وفي العادة لا يمكن تغيير المواعيد التي توافق عليها البلدان المُضييفة للزيارات العلمية دون أن يؤدي ذلك إلى تأخير طويل للزيارة أو حتى إلى إلغائها. وأي طلب يقَدِّمه المرشح لإرجاء زيارات أو إحداث تغييرات في الجدول الزمني بعدما تكون الدولة المُضييفة قد أعدت برنامج الزيارة يجب أن يكون مشفوعاً بتبرير معقول تؤيِّده المؤسسة التي ينتمي إليها المرشح.

5- ويتلقى الزائر العلمي ما يلي: '1' تذكرة سفر مدفوعة مسبقاً بأقلِّ سعر معقول في الدرجة الاقتصادية، أو مبلغاً إجمالياً مقطوعاً بدلاً من تذكرة السفر المدفوعة مسبقاً للرحلة المعنية، '2' بدل إقامة يومي يغطي تكلفة السكن وجبات الطعام والتنقلات الداخلية (بالقطار أو الحافلة أو سيارة الأجرة) وغير ذلك من النفقات العرضية (مثل رسوم المطار أو تكاليف التأشيرة أو الأمتعة الزائدة). ويجب أن يتدبَّر الزائر العلمي نفقاته في حدود منحة

السفر التي تُقدّم إليه، إذ لا يمكن التعويض عن أيّ نفقات إضافية. وفي حال قيام الزائر العلمي بتقصير مدّة زيارته، يجب عليه ردّ الأموال الفائضة إلى الوكالة.

6- وإذا كان التوقف أثناء السفر إلى الجهة المقصودة ضرورياً بسبب جدول الرحلة الجوية، يتحمل الزائر العلمي (أو حكومة بلده) المسؤولية عن التكاليف المرتبطة بالمبيت والطعام أثناء التوقف. لذلك ينبغي للزائر العلمي أن يحمل معه ما يكفي من نقود احتياطاً لأي حالات من هذا القبيل. وتجدر الإشارة إلى أنّ الممارسة المتبعة لدى معظم الخطوط الجوية الدولية تقضي في العادة بالتكفّل بتكاليف المبيت في حالات التوقف الضروري.

7- ويُدفع بدل الإقامة اليومي كاملاً قبل المغادرة، وذلك بحوالة مصرفية إلكترونية إلى حساب مصرفي شخصي؛ وفي حالات استثنائية فقط يمكن تحويل المبلغ عبر أحد مكاتب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في بلد موطن الزائر أو بلد إقامته.

8- ويتعيّن على الزائر العلمي في غضون شهر واحد من إتمام زيارته أن يرسل تقريراً عن زيارته (وفقاً للنموذج المتاح في المرفق 1) بالبريد الإلكتروني إلى مساعد إدارة البرنامج المعني التابع للوكالة. وينبغي أن تُرفق بالتقرير المرسل صورة إلكترونية بصيغة PDF من البطاقات المستخدمة للعودة إلى الطائرة.

9- **المسؤولية:** الوكالة حائزة لبوليصة تأمين إزاء المسؤولية المدنية. وتغطي هذه البوليصة المسؤولية القانونية التي تصبح الوكالة ملزمة بدفع مبالغ عنها فيما يتعلق بالمطالبات التي تُرفع ضد المؤمن عليه للتعويض عن فقدان ممتلكات أو عن أضرار تلحق بها أو عن إصابات جسدية أو أمراض (مميّة أو غير مميّة) تصيب أشخاصاً بسبب تصرف ينطوي على إهمال أو خطأ أو تقصير من جانب المؤمن عليه، أو من جانب أي شخص أو أشخاص يكون مسؤولاً عن تصرفاتهم أو أخطائهم أو تقصيرهم. وبالإضافة إلى ذلك، تنصّ البوليصة على منح تعويض لتغطية مسؤولية الوكالة عن تدريب العلماء في مختبرات الدول الأعضاء، بما في ذلك المسؤولية القانونية للمتدربين.

10- حبط الزوار العلميون بشدة من أفراد الأسرة المرافقين لهم خلال فترة الزيارة العلمية

11- **التأمين الطبي:** توفر الوكالة على نفقتها الخاصة تأميناً طبياً لجميع الزائرين العلميين الذين يتلقون التدريب خارج بلدانهم، بموجب بوليصة معقودة مع شركة سيغنا (Cigna International Health Services BVBA). ومن المفترض أن يغطّي هذا التأمين معظم النفقات الطبية الشخصية في حالة وقوع حادث أو في حالة المرض، إلا أنه لا يغطّي النفقات الطبية لأفراد الأسرة. ووفقاً لشروط بوليصة التأمين هذه، يجب على الزائر العلمي أن يدفع أولاً فواتير المستشفى والفواتير الطبية بنفسه، ثم يقدّم بعد ذلك الفواتير الأصلية مشفوعة بإثبات يفيد دفعها إلى شركة سيغنا ببلجيكا. وستقوم الشركة بتسديد ما دفعوه فوراً. وفي حالة المرض وإدخال المريض إلى المستشفى بما يشمل الإقامة ليلة واحدة على الأقل، يمكن أن تتفق شركة سيغنا مع الجهة التي توفر الرعاية على إرسال الفواتير إليها مباشرة. ويجب إرسال الفواتير الطبية مباشرة إلى شركة سيغنا. ويمكن الاطلاع على التعليمات ذات الصلة في دليل مخطّط التأمين الصحي لمجموعة سيغنا [Guide for Cigna Group Medical Insurance Scheme](#). وترد ضمن المرفق الثاني عيّنة لاستمارة المطالبة الطبية [Medical Claim Form](#).

12- **كوفيد-19:** يتعيّن على الزائرين العلميين الالتزام بالتدابير المفروضة من السلطات الوطنية و/أو المحلية و/أو المضيفة للتصدي لجائحة كوفيد-19 وبالإرشادات التي تضعها تلك السلطات بشأن كيفية احتواء انتشار العدوى بفيروس كورونا.

- 13- **استمارة الشهادة الطبية.** يجب تقديم شهادة طبية تفيد بأن الزائر العلمي في حالة صحية جيدة، على أن تكون هذه الشهادة موقّعة من طبيب مسجّل وألا يعود تاريخها إلى أكثر من أربعة أشهر قبل تاريخ بدء الزيارة العلمية، وذلك فيما يخصّ جميع المرشّحين الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً بصرف النظر عن مدة الفعالية. وينبغي أن يخضع الزائر العلمي لفحص طبي قبل فترة تتراوح بين شهر واحد وثلاثة أشهر من بدء الزيارة العلمية، وأن يرسل الشهادة الطبية لمساعد إدارة البرنامج المعني التابع للوكالة (المرفق 3).
- 14- **استمارة سوابق التعرض المهني.** في حال كانت الزيارة العلمية تنطوي على إمكانية التعرّض المهني للإشعاع، يُطلب من الزائر العلمي أن يستكمل استمارة سوابق التعرّض المهني ويرسلها إلى مساعد إدارة البرنامج المعني التابع للوكالة، مع الالتزام الدقيق بالإرشادات المبيّنة (المرفق 4). وينبغي ألا يكون قد مضى على هذه الاستمارة أكثر من ستة أشهر في تاريخ بدء الفعالية. وستزوّد الوكالة الزائر العلمي في الوقت المناسب بجهاز لقياس الجرعات من أجل رصد التعرض المهني أثناء فترة الزيارة.
- 15- **استمارة تحديد المستفيد وجهة الاتصال في حالة الطوارئ.** يُطلب من جميع الزائرين العلميين استكمال استمارة تحديد المستفيد وجهة الاتصال في حالة الطوارئ، وتوقيع تلك الاستمارة وإرسالها إلى مساعد إدارة البرنامج المعني التابع للوكالة قبل المغادرة (انظر المرفق 5).
- 16- أما مخطط الزيارة العلمية بصورته الكاملة، بما في ذلك عناوين المؤسسات المضيفة وجهات الاتصال، فسيُرسل إلى الزائر عند تلقّي موافقة جميع الحكومات المضيفة المعنية.
- 17- ولا تقوم الوكالة بترتيب المبيت في الفنادق، إلا إذا طُلب منها ذلك فيما يخص الزيارات العلمية التي تتم في فيينا، النمسا.

المرفق 1: تقديم الزائرين العلميين تقاريرهم إلى الوكالة

تقرير عن زيارة علمية

ملحوظة: الموعد النهائي لتقديم التقارير هو بعد شهر واحد من اختتام الفعالية. ويُرجى تقديم هذا التقرير إلى مساعد إدارة البرنامج المعني التابع للوكالة.

1- اسم الزائر العلمي:	
2- رقم [الفعالية] الخاص بالزيارة العلمية:	
3- عنوان الزائر العلمي في البلد المضيف:	
4- تاريخ بدء البرنامج في البلد المضيف:	
5- تاريخ انتهاء البرنامج في البلد المضيف (بما في ذلك السفر الداخلي، حسب الاقتضاء):	
6- الاسم والعنوان الكامل للمؤسسة التي تمت فيها الزيارة:	
7- رقم مشروع التعاون التقني:	
8- اسم الجهة المناظرة لمشروع التعاون التقني:	
9- قَدِّم وصفاً لأهم عناصر الزيارة (التدريب المتلقى، والاجتماعات مع مسؤولي الجهة المضيف، والأعمال البحثية التي تم الاضطلاع بها، إلخ):	
10- يرجى بيان تقديرك لقيمة الزيارة بالنسبة لعملك مستقبلاً في موطنك:	
11- ما هو المنصب الذي تشغله في الوقت الحاضر؟ يرجى أن تصف بإيجاز الواجبات والمسؤوليات التي تضطلع بها في الوقت الحاضر.	
12- من أجل تحسين إدارة برنامج الزيارات العلمية في إطار التعاون التقني، يُرجى أن تذكر تعليقاتك واقتراحاتك حول النقاط التالية:	
'1' مدى ملاءمة المؤسسة المضيفة المختارة للزيارة:	
'2' ملاءمة برنامج الزيارة المضطلع به وجودة الإرشادات التي تلقيتها:	

'3' جودة وملاءمة التسهيلات التي أُتيحت لك خلال الزيارة:

'4' ترتيبات المبيت:

'5' المساعدة التي تلقيتها من الوكالة:

'6' المساعدة التي تلقيتها من سلطات وطنك و/أو السلطات المضيفة:

13- أي تعليقات أخرى:

يُرجى من الزائر العلمي التوقيع هنا وبيان التاريخ.

	توقيع الزائر العلمي:		التاريخ:
--	----------------------	--	----------



FELLOWS / TRAINEES

## MEDICAL CLAIM FORM

1. Please write clearly in black ink and **BLOCK CAPITALS**.
2. This claim form contains personal data. Please don't share this with members outside your family.
3. Please complete a separate claim form for each patient and for each currency.
4. Return this form with original invoices (no staples) to:  
Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Name plan member

Personal reference n°  /

Organisation

### PATIENT

Name

Date of birth D   M   Y   Gender  M  F

Address

Telephone

Email

Project no.

Period of contract D   M   Y

### CLAIM INFORMATION

Is the claim (partially) related to an accident?  No  Yes  Yes, work related  
 If yes, also complete the [Notification of accident form](#).

Is the claim covered by another insurance?  No  Yes  
 If yes, specify the amount and the insurance company and include the insurance statements (settlement notes, invoices, etc.)

Amount and currency  Insurance company

Currency	Amount	Invoice date	Nature of expenses	Diagnosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> Y <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	Main country of treatment	<input type="text"/>	

### PAYMENT INFORMATION - COMPLETE ONLY IN CASE OF CHANGE

Mail cheque to Name

Address

Bank transfer Preferred currency of reimbursement

The currencies are limited by the contract. If this currency is different from that of your bank account, your bank could charge you fees at your expense.

Name account holder

Account n° or IBAN

BIC/Swift code  Bank ID

Full bank name and address

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my specific and informed consent regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family article 7 of the Belgian Law of December 8, 1982 concerning the private life, I certify that the above information is to the best of my knowledge and belief correct and true. The issuance of false claims, the provision of misleading information or the withholding of information related thereto is an offence punishable by law. The information provided on or attached to this form may be disclosed to other persons or entities for the purpose of processing this claim and performing medical insurance plan administration.

Date D   M   Y

Signature of the plan member

### المرفق 3: مذكرة إلى الزائرات العلميات برعاية الوكالة

يتعين على أي امرأة تعينها الوكالة للعمل أو التدريب أن تُخطر الوكالة بأنها حامل عندما تُدرك ذلك.

وقد اعتمد مجلس المحافظين التابع للوكالة معايير أمان أساسية دولية للوقاية من الإشعاعات المؤينة ولأمان المصادر الإشعاعية. وتعالج المعايير بالتحديد ظروف تعرض العاملات مهنياً للإشعاعات بالنص على جملة أمور منها، أن العاملة ينبغي أن تُخطر جهة عملها بأنها حامل عندما تُدرك ذلك بغية تغيير ظروف عملها، إذا اقتضت الضرورة ذلك. ولا يُعتبر هذا الإخطار سبباً لاستبعادها عن العمل؛ وإنما ينبغي تكييف ظروف عملها، من حيث التعرض المهني، حرصاً على أن تحظى المضغة التي في بطنها أو جنينها بنفس المستوى العالي من الحماية المطلوب لأفراد الجمهور.

## الشهادة الطبية

اسم المرشح (يُرجى الطباعة أو الكتابة بأحرف واضحة): \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

أشهد أنا الموقع أدناه، بصفتي طبيباً بشرياً مؤهلاً، بأنني أجريت الفحوص اللازمة للمرشح المذكور أعلاه وتبينت أنه في حالة صحية جيدة، وخالٍ من الأمراض المعدية، وقادر من الناحيتين الجسدية والعقلية على القيام بأي واجبات ذات صلة خارج موطنه.

اسم الطبيب الذي أجرى الفحص وعنوانه بالكامل (يُرجى الطباعة أو الكتابة بأحرف واضحة):

---

---

---

توقيع وختم الطبيب الذي أجرى الفحص: \_\_\_\_\_

تاريخ الفحص: \_\_\_\_\_

**تعليمات:** ينبغي تقديم شهادة طبية بأن المرشح في حالة صحية جيدة، على ألا يكون قد مضى عليها أكثر من أربعة أشهر في تاريخ بدء الفعالية، في الحالتين التاليتين:

- في الفعاليات التي تتجاوز مدتها شهراً واحداً؛
- فيما يخص جميع المرشحين الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً بصرف النظر عن مدة الفعالية.

وينبغي أن تستوفي الشهادة الشرطين التاليين:

- أن يستكملها ممارس طبي مسجل بعد إجراء فحص إكلينيكي ومختبري وافٍ (ولا داعي لإدراج فحص الصدر بالأشعة السينية إلا في حالة الضرورة الإكلينيكية)؛
- أن تُرسل إلى مسؤول الاتصال الإداري المعني في إدارة التعاون التقني قبل بدء الفعالية.

### أسئلة إرشادية للفحص الطبي

- 1 إذا كان المرشح خاضعاً للعلاج خلال السنوات الثلاث الأخيرة، يُرجى وصف العلاج والحالة الراهنة للمرض (الأمراض):
- 2 ما هي الأدوية التي يتناولها المرشح بانتظام وما سبب تناول كلٍّ منها؟
- 3 ما هو معدل ضغط الدم الطبيعي للمرشح؟
- 4 هل يتمتع المرشح بصحة جيدة ويستطيع العمل بكامل طاقته؟
- 5 هل المرشح في صحة جسدية وعقلية تسمح له بالمشاركة في تدريب مكثف خارج وطنه؟
- 6 هل المرشح خالٍ من أي أمراض معدية (كالسل أو الرمد الحبيبي) يُمكن أن تشكّل خطراً على المرشح وكذلك على من يحتكُّ به خلال فترة تدريبيه؟
- 7 هل يعاني المرشح من أي حالة طبية يمكن أن تستدعي علاجه خلال فترة تدريبيه؟
- 8 (إذا انطبق ذلك) هل هناك أي أوضاع غير طبيعية أشار إليها فحص الصدر بالأشعة السينية؟

## استمارة سوابق التعرض المهني

اسم المرشح	
جهة العمل	

عنوان الفعالية	
رقم الفعالية	
المكان	
التاريخ	من: إلى:

<p>هل المرشح خاضع لبرنامج رصد فردي في بلده؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا                  إذا كانت الإجابة نعم،                  ▪ تاريخ بدء الرصد الفردي (الشهر/السنة): .....</p>			
<p>▪ يُرجى استكمال الخانات المنطبقة أدناه:</p>			
الكمية	وحدة القياس	القيمة خلال السنوات التقويمية الخمس السابقة	القيمة خلال السنة التقويمية الجارية
الجرعة الفعالة(1)			
الجرعة المكافئة لعدسة العين			
الجرعة المكافئة للأطراف أو البشرة			
بيانات سوابق التعرض مقدمة أو مصدقة من(2):		الاسم: .....	
		المسؤولية: .....	
		التوقيع: .....	

توقيع المرشح: ..... التاريخ(3): .....

- (1) الجرعة الفعالة بسبب التعرض الخارجي والداخلي معاً. وفي حالة الإفادة بكمية أخرى، يُرجى ذكر اسمها ووحدة قياسها.  
 (2) يجب تقديم بيانات سوابق التعرض أو المصادقة عليها من مسؤول الوقاية من الإشعاعات، أو المدير المشرف على المرشح، أو مقدّم خدمات الرصد الفردي.  
 (3) ينبغي ألا يكون قد مضى على هذه الاستمارة أكثر من ستة أشهر في تاريخ بدء الفعالية.

## استمارة تحديد المستفيد وجهة الاتصال في حالة الطوارئ

رقم الفعالية:

### تحديد المستفيد

أقرُّ أنا الموقع أدناه، ..... المولود في .....  
(اللقب، الاسم) (اليوم، الشهر، السنة)

بالإغاء جميع وثائق تحديد المستفيد التي وقعت سابقاً فيما يخصُّ الأموال المستحقة لي أو التي يمكن أن تكون مستحقة لي على الوكالة الدولية للطاقة الذرية (الوكالة)، وتحديد المستفيد أو المستفيدين الواردة أسماؤهم أدناه، وأفوض الوكالة وأصدر توجيهي إليها بسداد أي أموال مستحقة لي إليهم في حال وفاتي.

### المعلومات المطلوبة عن كل مستفيد

الاسم	السن	طبيعة العلاقة	الحصة من التعويض
1-			%
2-			%
3-			%

وأصدر توجيهي، ما لم يُذكر خلاف ذلك أعلاه، في حالة تحديد أكثر من مستفيد واحد ووفاة واحد أو أكثر من أولئك المستفيدين قبل وفاتي، بأن تُوزَّع حصة ذلك المستفيد أو أولئك المستفيدين بالتساوي على المستفيدين المتبقين، أو أن تُسدَّد بالكامل إلى المستفيد الوحيد المتبقي. فإذا لم يبق على قيد الحياة أيُّ منهم من بعدي، يؤول المبلغ كاملاً إلى تركتي.

وأحتفظ لنفسني بالحق في الإغاء أو تغيير أي مستفيد في أي وقت وبالطريقة والشكل المحددين من الوكالة، ودون علم ذلك المستفيد أو موافقته.

### تحديد جهة الاتصال في حالة الطوارئ

أوافق أنا الموقع أدناه على أن تتصل الوكالة بالشخص الآتي ذكره في حالة الطوارئ.

الاسم:	
رقم الهاتف: (يرجى إدراج رمز البلد)	
عنوان البريد الإلكتروني:	

(التوقيع)

(التاريخ)