

صورة شخصية

دولة ليبيا

مجلس التخصصات الطبية

نموذج اشتراك في امتحان القبول



التخصص : []

جواز سفر : []

الرقم الوطني : []

التاريخ : [] / [] / []

الاسم بالكامل :

الجنس : []

الحالة الاجتماعية : []

تاريخ الميلاد : [] / [] / []

العنوان : []

البريد الالكتروني : []

هاتف : []

تاريخ التعيين : [] / [] / []

سنة التخرج :

توقيع الطالب

الشهادة :

الجامعة :

جهة عمل المترقب :

موافقة جهة العمل :

الختم

توقيع رئيس القسم :

اعتماد الإدارة :

(أسماء الإخصائيين الذين عمل معهم سابقاً)

1. اسم الأستاذ: عنوانه : التوقيع :

2. اسم الأستاذ: عنوانه : التوقيع :

3. اعتماد مشرف التدريب بالمركز : الاسم : التوقيع :

4. اعتماد مشرف عام التدريب بالمركز : الاسم : التوقيع :

أقر أنا مقدم النموذج بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج صحيحة و اتني اتحمل كافة المسؤولية بذلك

التاريخ :

التوقيع :

المرفقات :

4- شهادة ميلاد

3- إنهاء فترة الامتياز

2- رسالتي تزكية من الاستشاريين الذين عمل معهم المترقب

1- أفادة التخرج

6- 4 صور شمسية مقاس 6*4

5- رسوم الاشتراك