

دولة ليبيا

مجلس التخصصات الطبية

نموذج اشتراك في امتحان القبول



صورة شخصية

التاريخ: / / التخصص: رقم جواز السفر: [ ]

الاسم بالكامل: .....

تاريخ الميلاد: [ ] الحالة الاجتماعية: [ ] الجنس: [ ]

العنوان: [ ]

صندوق البريد: [ ] هاتف: [ ] بريد مصور: [ ]

سنة التخرج: .....

الشهادة: .....

الجامعة: .....

توقيع الطالب

جهة عمل المتدرب: .....

موافقة جهة العمل: .....

توقيع رئيس القسم: .....

اعتماد الادارة: .....

الختم

( اسماء الاخصائيين الذين عمل معهم سابقا )

1- اسم الاستاذ: ..... عنوانه: ..... التوقيع: .....

2- اسم الاستاذ: ..... عنوانه: ..... التوقيع: .....

إقر انا مقدم النموذج بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج صحيحة وأني اتحمل كافة المسؤولية بذلك .

التوقيع: ..... التاريخ: .....

المرفقات :

1- إفادة تخرج + كشف درجات

2- انتهاء فترة الامتياز

3- 4 صور شمسية مقاس 4 × 6

4 - شهادة ميلاد

5 - رسالتى تزكية من الاستشاريين الذين عمل معهم المتدرب

6 - رسوم الاشتراك