



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الطبية
المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة
اختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية

استمارة تسجيل للتدريب

الرجاء قراءة التعليمات التالية والالتزام بها بدقة

- تقع عليك مسؤولية الالتزام بملء المعلومات في استمارة التسجيل كاملة بخط واضح ، والتفيد بإرسال كافة الوثائق والمتطلبات التالية :
- 1- خطاب رسمي يبين قبولك للتدريب في برنامج الإقامة لاختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية المعترف به من قبل المجلس العربي للاختصاصات الصحية في البلد الذي ستتلقى التدريب فيه .
 - 2- صورة عن شهادة المجلس العربي لاختصاص الأمراض الباطنة ، أو شهادة البورد الطبي المحلي ، أو مايعادلها.
 - 3- وثيقة تبين إتمام التدريب الناجح لمدة لا تقل عن أربع سنوات في اختصاص أمراض الباطنة العامة في مشفى معترف به من قبل المجلس العربي للاختصاصات الصحية .
 - 4- صورة جواز السفر أو صورة عن البطاقة الشخصية .
 - 5- صورتان شخصيتان ملونة حديثة مدون عليهما اسم الطبيب المتدرب كاملاً وتوقيعه .
 - 6- استيفاء رسم التسجيل .



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الطبية
المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة
اختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية

استمارة تسجيل للتدريب

معلومات شخصية :

١- الاسم الكامل

الاسم الأول اسم الأب اسم الجد

الكنية (العائلة)

٢- هل كان اسم الكنية (العائلة) مختلفاً عن الاسم الذي ذكرته ؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم" اذكر الاسم السابق

٣- الاسم باللغة الإنكليزية (Full Name in Capital Letter)

.....

٤- تاريخ الولادة
اليوم الشهر السنة

٥- مكان الميلاد : المدينة الدولة

٦- الجنس : ذكر أنثى

٧- الجنسية :

٨- اسم المركز التدريبي الذي سجلت للتدريب فيه للاختصاص :

.....

المدينة الدولة

٩ - تاريخ بدء التدريب في اختصاص أمراض القلب والأوعية الدموية.....

١٠- تاريخ الحصول على شهادة المجلس العربي (أو مايعادلها من الشهادات)

١١- مدة التدريب في اختصاص الأمراض الباطنة

١٢- اسم المستشفى الذي تم به التدريب لاختصاص الأمراض الباطنة

١٣- هل سبق أن تقدمت بطلب تسجيل للتدريب في أحد برامج التدريب في المجلس العربي للاختصاصات الصحية؟
نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم" ، اذكر اسم الاختصاص أو الاختصاص الفرعي (إن وجد) ، رقم التسجيل ، تاريخ الطلب

.....

العناوين :

يجب ذكر العنوان البريدي الخاص بك وعنوان المركز التدريبي

(أ) العنوان الحالي (العنوان الخاص) ورقم صندوق البريد

.....

.....

.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف)

رقم الهاتف الجوال :

رقم الفاكس : (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف)

عنوان البريد الإلكتروني

(ب) عنوان مركز التدريب (المستشفى - القسم - صندوق البريد)

.....

.....

رقم الهاتف (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف)

رقم الفاكس : (رمز الدولة - رمز المنطقة - رقم الهاتف)

رسائل التوصية :

اذكر أسماء ومناصب وعناوين (وصندوق البريد) والهواتف الشخصية والبريد الإلكتروني للأشخاص الثلاثة الذين طلبت منهم التقدم كتب توصية خاصة بك للمجلس العربي للاختصاصات الصحية لدعم هذه الاستمارة . الرجاء اختيار الأفراد الذين هم أكثر دراية بدراستك الأكاديمية ومهاراتك العلمية والعملية .

يجب أن ترسل التوصية مباشرة إلى الأمانة العامة للمجلس العربي للاختصاصات الصحية .

-١

-٢

-٣

تعهد وإقرار ، اتفاقية وتفويض :

١) أتعهد أن أقوم بإبلاغ المجلس العربي للاختصاصات الصحية كتابة وبشكل فوري حال حدوث أمر يجعل إجاباتي على الأسئلة في هذه الاستمارة غير صحيحة ، مع أنها كانت صحيحة حين تعبئة الاستمارة . كما أنني أفهم أن أي تخلف عن إبلاغ المجلس العربي للاختصاصات الصحية بأي تغييرات يمكن أن تلغي تسجيلي الذي تم وفقاً لهذه الاستمارة .

٢) أقر بأن أتقدم بهذا الطلب للتسجيل في المجلس العربي للاختصاصات الصحية أو التسجيل في أحد برامج التدريب في المجلس هو تخويل مني للمجلس العربي لإجراء أي نوع من الاتصالات والاستفسارات فيما يخص المعلومات الواردة في طلب التسجيل . كما أفوض المجلس العربي صلاحية إعطاء أو كشف المعلومات الخاصة بي إلى الهيئات والجهات التي تمنح التراخيص وإلى المستشفيات والهيئات التي أتقدم بها بغرض التعيين في حال طلبها .

٣) أشهد بأن المعلومات التي قمت بتدوينها في هذه الاستمارة كاملة ودقيقة ز وإنني أدرك أن أية أدلة أو وثائق غير صحيحة أو مزورة وجدت في وقت لاحق ستكون سبباً أساسياً للفصل من البرنامج . وبناءً عليه أعطي موافقتي على الاتصال بمدراء البرامج الطبية السابقة أو أي شخص/مؤسسة مذكورة في هذه الاستمارة أو ملحقاتها لمزيد من الاستيضاح أو الاستفسار .

مقدم الطلب

الاسم الكامل

.....

التوقيع

.....

التاريخ / /

السنة

الشهر

اليوم

تعهد مشرف التدريب

أوافق على قبول والإشراف على تدريب الطبيب
في برنامج وذلك ضمن العدد المسموح به للتدريب المحدد من
قبل لجنة التدريب والاعتراف .

التاريخ	النوع	الاسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس القسم
			مدير مركز التدريب/المستشفى

اعتماد الهيئة / اللجنة المحلية :