

صورة شخصية
٤×٥ سم

استمارة تسجيل التدريب

معلومات شخصية:				
الاسم الكامل (بالعربية)		الاسم الكامل (بالانكليزية)		
مكان و تاريخ الولادة:		اسم الاب	اسم الأم	
الجنس		الجنسية	ذكر <input type="checkbox"/>	انثى <input type="checkbox"/>
عنوان السكن الحالي:				
رقم الهاتف (رقم الجوال):				
عنوان البريد الالكتروني:				
معلومات عن دراسة الطبيب المقيم :				
الشهادة الجامعية		الجهة المانحة	تاريخ منحها	
شهادة الاختصاص الأساسي		الجهة المانحة	تاريخ منحها	
طبيعة ومكان العمل الحالي:				
معلومات عن المركز التدريبي الذي سجل الطبيب المقيم للتدريب فيه للاختصاص				
اسم المركز التدريبي				
عنوان المركز التدريبي				
تاريخ بدء التدريب (يوم/شهر/سنة)				
الاختصاص الذي ترغب التدريب فيه				
استيفاء الوثائق المطلوبة التالية				
<input type="checkbox"/>	صور شخصية عدد ٢ ملونة حديثة يدون خلف كل صورة الاسم الكامل مع التوقيع			
<input type="checkbox"/>	صورة جواز السفر او صورة عن البطاقة الشخصية			
<input type="checkbox"/>	صورة واضحة لشهادة الاجازة في الطب أو أي شهادات اختصاص أخرى ان وجدت			
<input type="checkbox"/>	كتاب رسمي يبين قبولك للتدريب في الاختصاص لدى احد برامج الاقامة المعترف بها من قبل الهيئة السورية للاختصاصات الطبية مع تبيان تاريخ بدء التدريب .			
<input type="checkbox"/>	وصل دفع رسوم التسجيل.			

معلومات التدريب السابقة (ان وجد)

فترة العمل في المشافي الحكومية

وجود وثيقة تثبت ذلك	الاخصائيين المشرفين في المشفى	تاريخ الانفكاك			تاريخ المباشرة			اسم المشفى
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم	

فترة العمل في المشافي الميدانية

وجود وثيقة تثبت ذلك	الاخصائيين المشرفين في المشفى	تاريخ الانفكاك			تاريخ المباشرة			اسم المشفى
		سنة	شهر	يوم	سنة	شهر	يوم	

التواصل مع الاخصائيين المشرفين

الاييميل	رقم الهاتف	اسم الاخصائي المشرف

تعهد واقرار من مقدم الطلب

أتعهد بأن المعلومات التي قمت بتدوينها في هذه الاستمارة هي كاملة ودقيقة وإنني أدرك ان اية ادلة او وثائق غير صحيحة او مزورة وجدت في وقت لاحق ستكون سببا اساسيا للفصل من البرنامج أو إلغاء الشهادة وبناء عليه اعطي موافقتي على الاتصال بمدراء البرامج الصحية السابقة أو أي شخص / مؤسسة مذكورة في هذه الاستمارة او ملحقاتها لمزيد من الاستيضاح او الاستفسار .

تاريخ تقديم الطلب:

اسم مقدم الطلب:

التوقيع: _____

تعهد مشرف التدريب

أوافق على قبول والاشراف على تدريب الطبيب
في برنامج وذلك ضمن العدد المسموح به للتدريب المحدد من قبل
المجلس العلمي للاختصاص

التاريخ	التوقيع	الاسم	
			المشرف على التدريب
			رئيس القسم
			مدير المركز التدريبي

اعتماد رئيس المجلس العلمي المختص: