**ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

|  |
| --- |
|  بيانات خريج |
| الاسم الرباعي |  | رقم الهوية |  |
| عنوان ومقر السكن |  | الرقم الجامعي |  |
| التخصص |  | المعدل |  |
| هل انت مبتعث | نعم لا | بلد الإبتعاث |  |
| الجوال |  | البريد الالكتروني الخاص |  |
|  شخص قريب يمكن الإتصال به  |
| الاسم الرباعي |  | الجوال |  |
|  سنة الإمتياز |
| مكان التدريب | المدة |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
|  هل أنت موظف في حال الإجابة بنعم أكمل البيانات التالية نعم لا  |
| أسم جهة الوظيفة |  |  قطاع حكومي قطاع خاص |
| مسمى الوظيفة |  | نوع العقد ومدته |  | تاريخ المباشرة |  |
| الاسم/ | التوقيع/ |
| **القسم الأكاديمي** | **نفيدكم بأن الطالب/ــه:........................................................................................** **قد أنهى فترة التدريب الإكلينيكي في قسم ............................................** **لمدة (سنة) بداية من تاريخ / / هــ إلى نهاية تاريخ / / هــ وأنهى جميع متطلبات التخرج.** **نفيدكم بأن لا مانع من تسليمه شهادة الامتياز.** **رئيس القسم د/ ................................................... التوقيع.............................................** |
|  (إخلاء طرف متدرب) |
|  وحدة التسجيل و الجداول |
| الأسم | التوقيع | التاريخ |
|  |  |  |
|  وحدة طلاب الأمتياز |
| الأسم | التوقيع | التاريخ |
|  |  |  |