

## إقرار اخصائي/ة الامتياز

اسم الاخصائي/ة: ..... الرقم الجامعي: .....

القسم/البرنامج: ..... العام الجامعي: .....

اتعهد أنا الاخصائي/ة الموضح اعلاه بـ:

1. التقيّد بأخلاقيات المهنة في جميع تعاملاتي مع المرضى و ذويهم و رؤسائي و زملائي و مشرفي التدريب خلال سنة الامتياز بجميع المؤسسات التدريبية .
2. التقيّد بأداء عملي الموكل إليّ فيما يتوافق مع أنظمة و قوانين المؤسسة التدريبية التي أتدرب بها .
3. الالتزام بالأنظمة و اللوائح الخاصة بسنة الامتياز كما وردت بكتيب الامتياز.
4. تحديد و اعتماد المؤسسة التدريبية يخضع لإمكانية القبول والتدريب بالمؤسسة التدريبية و فيما يتماشى مع المصلحة العامة .
5. التقيّد بالخطة التدريبية المعدة مسبقاً و عدم تغيير جهة التدريب بعد الحصول على الموافقة الرسمية من المؤسسة التدريبية إلا في حال وجود أسباب مبررة رسمياً يتم الموافقة عليها من قبل القسم . ولو كالة الكلية لشؤون العيادات و الامتياز كامل الحق في القبول أو الرفض بحسب ما تراه مناسباً فيما تقتضيه المصلحة العامة.

6. عند التدريب في جهة غير حكومية ( خاصة ) فإنه لن يتم صرف مكافأة التدريب من الجامعة وفي حال صرفها لأي سبب فيجب علي إبلاغ مشرف/ لة الامتياز بذلك للتواصل مع وحدة التدريب الاكلينيكي والامتياز كي يتم عمل اللازم لإيقاف صرف المكافأة علماً بأنه سوف يتم استعادة ما تم صرفه للتدريب في تلك الفترة .

وعلى هذا أوقع.

الاسم الثلاثي : .....

رقم بطاقة الأحوال:.....

التوقيع : .....

التاريخ : .....

الجزاءات :

إذا بدر من اخصائي/ة الامتياز أي مخالفة سلوكية أو أخلاقية أو حصل منه ما يسيئ إلى أخلاقيات المهنة فلوكالة الكلية لشؤون العيادات والامتياز اتخاذ أي مما يلي:

1. توجيه إنذار كتابي .
2. إعادة فترة التدريب أو جزء منها .