

نموذج طلب تدريب

	رقم الهوية الوطنية:		اسم الاخصائي/ة الثلاثي:
	الجنسية:		
	المعدل التراكمي:		الرقم الجامعي:
	التخصص:		رقم الجوال:
	مدة التدريب بالاسبوع:		جهة التدريب:
20 م / /	تاريخ البداية (بالميلادي):	14 هـ / /	تاريخ البداية (بالمجري):
20 م / /	تاريخ النهاية (بالميلادي):	14 هـ / /	تاريخ النهاية (بالمجري):
			البريد الالكتروني الخاص:
تعهد إقرار:			
<ul style="list-style-type: none"> - بصحة جميع المعلومات المذكورة أعلاه و اتحمل كامل المسؤولية إذا وجد خلاف ذلك. - أن أتقدم بطلب التدريب بعد مراجعة منسق الامتياز بالقسم. - عدم الاعتذار عن التدريب بعد الحصول على الموافقة الرسمية من المؤسسة التدريبية. - لا يحق لي تغيير رغبتي بعد تقديم هذا الطلب ومخاطبة جهة التدريب. 			
الاسم الثلاثي:			
التاريخ: / / 14 هـ - / / 20 م			
التوقيع:			

يعبأ هذا النموذج من قبل اخصائي/ة الامتياز

يعاد تسليم هذا النموذج بعد تعبئته إلى منسق الامتياز في القسم

الجزءات:

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:

١. توجيه إنذار كتابي .
٢. حسم المكافأة أو جزء منها .
٣. إعادة فترة التدريب أو جزء منها .