

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 . ولوكالة الكلية لشؤون العيادات و الامتياز كامل الحق في القبول أو الرفض بحسب ما تراه مناسباً فيما تقتضيه المصلحة العامة.

٦. عند التدريب في جهة غير حكومية (خاصة) فإنه لن يتم صرف مكافأة التدريب من الجامعة وفي حال صرفها لأي سبب فيجب علي إبلاغ مشرف/ة 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 :

الجزءات :

إذا بدر من اخصائي/ة الامتياز أي مخالفة سلوكية أو أخلاقية أو حصل منه ما يسئ إلى أخلاقيات المهنة فللكلية اتخاذ أي مما يلي:

١. توجيه إنذار كتابي .

٢. إعادة فترة التدريب أو جزء منها .