

Saudi Commission

For Health Specialties

Date: - - 20



الهيئة السعودية

للتخصصات الصحية

يرجى إلصاق
صورة حديثة
Please affix
Recent Photo
here

استمارة التصنيف والتسجيل المهني

APPLICATION FORM FOR
ACCREDITATION AND PROFESSIONAL REGISTRATION1. PERSONAL INFORMATION1. المعلومات الشخصية

العائلة	الجد	الأب	الاسم الأول
First Name	Middle	Third	Family Name
مكان الميلاد	تاريخ الميلاد "بالميلادي"	رقم الجوال	رقم الهوية
	Y M D		
بلد الإقامة الحالي	الرمز البريدي	المدينة	ص.ب
Blood Group	جنس	الجنسية	
E-mail address			

2. SPONSOR INFORMATION2. اسم وعنوان جهة عملك الحالي

Place of work	مقر العمل	
P.O.Box	المدينة	الرمز البريدي
Tel No	تحويلة	فاكس

3. Information Relevant to Your Professional Practice.3. معلومات خاصة بالممارسة المهنية.

<ul style="list-style-type: none"> Has there been any change in your professional title? If yes, please indicate and attach proof. 	<ul style="list-style-type: none"> هل سبق ان حصل تعديل على لقبك المهني؟ إذا كان الجواب بنعم , أرفق ما يثبت ذلك.
Current Title	اللقب المهني الحالي
Previous Title	اللقب المهني السابق
Have you ever been accredited / registered by the commission before?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم
If Yes, please write your accreditation / registration Number.	هل سبق أن قمت بالتصنيف / التسجيل المهني لدى الهيئة؟
If Not , and willing to accredit another degree, Please fill out the second page:	إذا كان الجواب بنعم / اكتب رقم التصنيف / التسجيل المهني.
	إذا كان الجواب لا / أو ترغب في تصنيف مؤهلات إضافية يرجى تعبئة الصفحة التالية :

3. المؤهلات العلمية

4. Educational Qualification

	مدة الدراسة / التدريب Duration of Study/Training	تاريخ التخرج Graduation date	البلد Country	مصدر الشهادة Certificate issued by	التخصص Specialty	الشهادة Certificate
1						
2						
3						
4						
5						

الرجاء تحديد الشهادة (الشهادات) التي ترغب في تصنيفها حسب التسلسل اعلاه

1 2 3 4 5

➤ Please tick the number of the certificate(s) to be accredited as shown above.

❖ Experiences

❖ الخبرات

• Your Current Professional Title:		• درجتك المهنية الحالية:
• Specialty :		• التخصص:
• Date of Current Professional Title Acquired :		• تاريخ الحصول على الدرجة المهنية الحالية :

➔ Please use the following table and note :

← الرجاء استخدام الجدول التالي وملاحظة ما يلي :

- Mention the name and location of the hospital/health center where you worked. اذكر اسم ومكان المستشفى او المركز الذي عملت به.
- Mention whether it was a full time (FT) or part time (PT). If it was part time, please state the number of session you worked per week.. اذكر ما اذا كان العمل دواما كاملا او جزئيا. فإذا كان العمل جزئيا. اذكر عدد ساعات العمل الاسبوعية.
- Describe precisely each specialty in which you worked (e.g. general medicine, geriatric medicine, orthopedic surgery, ...etc.) and the degree / title of the post صف كل تخصص مارسته (مثال : طب عام ، طب الشيخوخة ، جراحة تقويم العظام ... الخ) ، والدرجة / اللقب المهني

الخبرة / التدريب الذي سبق الحصول على الشهادة / الشهادات المراد تصنيفها

➔ Training experience preceding attainment of the certificate (s) to be accredited.

	اللقب المهني Title of the post	كامل / جزني F/T or P/T	التخصص Specialty	الى To M / Y	من From M / Y	اسم المستشفى / المركز Hospital(s) where post were held
1				/	/	
2				/	/	
3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	

الخبرة اللاحقة للحصول على الشهادة للخمس سنوات الاخيرة

➔ Experiences following attainment of the certificates for last five years

	اللقب المهني Title of the post	كامل / جزني F/T or P/T	التخصص Specialty	الى To M / Y	من From M / Y	اسم المستشفى / المركز Hospital(s) where post were held
1				/	/	
2				/	/	
3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	
6				/	/	
7				/	/	

→ Please answer the following declarations :

← يرجى الإجابة على الاستفسارات التالية :

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|---|
| 1) Have you ever applied anywhere for a professional license, certificate of registration or permit to practice and had such application rejected? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن رفض لك طلب تقدمت به للتسجيل أو الترخيص أو لممارسة المهنة الصحية؟ |
| 2) Have you ever had your professional license, certificate of registration or permit to practice suspended, restricted or revoked? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن أوقف أو حظر أو الغي ترخيصك أو تسجيلك أو إجازتك لممارسة المهنة الصحية؟ |
| 3) Have you ever had voluntarily surrendered your professional license, certificate of registration or permit to practice for any reason other than avoidance of the renewal fees? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن تنازلت باختيارك عن ترخيصك أو تسجيلك لأي سبب غير تجنب دفع الرسوم؟ |
| 4) Have you ever been abused or addicted to alcohol or currently using it? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن أسأت استخدام المواد الكحولية أو المواد المحظورة، أو أدمنت عليها، أو تعالجت من إدمانها؟ أو تقوم باستخدامها حالياً؟ |
| 5) Do you have any illness, disabilities or contagious illness that might affect your practice? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل تعاني حالياً أو سابقاً من أي مرض أو أمراض معدية يمكن أن تؤثر على أدائك للمهنة الصحية؟ |
| 6) Have you ever been found guilty of professional misconduct, incompetence, convicted of any violation or accused of committing a felony? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن أذنت بسوء تصرف مهني أو وجدت غير كفء؟ أو أذنت بأي مخالفة أو إتهام جنائي؟ |
| 7) Have you ever agreed to settlement to avoid any proceeding or disciplinary action in respect of your professional conduct, competence or capacity? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن وافقت على تسوية لتفادي دعوى قضائية أو إجراء تأديبي متعلق بالسلوك أو الكفاءة أو الأهلية المهنية؟ |
| 8) Have you ever been convicted concerning your professional practice or is there any current trail against you? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل توجد ضدك نتائج تحقيق قضائي من قبل أي محكمة في أمر متعلق بأدائك المهني؟ أو دعوى قضائية ناشئة عند ممارستك المهنة؟ |
| 9) Have you ever resigned from a hospital or health facility to avoid disciplinary action? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن تقدمت باستقالتك عن العمل بمستشفى أو مؤسسة صحية لتفادي إجراء تأديبي؟ |
| 10) Have you ever had your privileges suspended, reduced or changed for any cause by a hospital or other health facility? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل سبق أن أوقفت لك أي امتيازات أو خفضت أو عدلت لأي سبب من قبل أي مستشفى أو جهة صحية؟ |
| 11) Has your name ever been placed on a list restricting your purchasing or prescribing of narcotic or restricted drug? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل أدرج اسمك ضمن قائمة الممنوعين من شراء أو إعطاء وصفة لأدوية مخدرة أو ممنوعة؟ |
| 12) Have you ever withdrawn, been suspended, or been expelled from any health professional school or facility, or postgraduate training program? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل انسحبت أو حرمت أو فصلت من أي مدرسة أو كلية صحية أو برنامج دراسات عليا؟ |
| 13) Have you ever discontinued the practice of health professional for any reason for one year or more? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل توقفت عن ممارسة المهنة الصحية لأي سبب لمدة سنة أو أكثر؟ |
| 14) Is there any event, circumstance, conditions or matter not disclosed in your answers to the preceding questions in respect of your character, conduct, competence or capacity that might be an impediment to your application for a certificate of registration to practice health profession in the Kingdom of Saudi Arabia? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | هل هناك أي حادثة أو ظرف أو حالة أو أمر لم يتم التطرق إليه من خلال إجابتك على الاستفسارات السابقة المتعلقة بشخصيتك أو سلوكك أو أدائك أو أهليتك للعمل والتي يمكن أن تكون عائقاً لقبول طلب تسجيلك لممارسة المهنة الصحية بالمملكة العربية السعودية؟ |

ملاحظة: إذا كانت إجابتك بنعم على أي من الأسئلة المبينه أعلاه يرجى إعطاء تفاصيل كاملة عنها في ورقة منفصلة.

Note: If you have answered yes to any if the above, please give a full detail on a separate sheet of paper.

Date / التاريخ

Name / الاسم

توقيع صاحب الطلب
Applicant Signature

❖ Requirements:

❖ المتطلبات:

📁 Please enclose the following required documents:

📁 الرجاء ارفاق الوثائق المطلوبة الآتية:

- 1) Certified copies of qualification with the original for verification. (1 صورة الشهادة موثقة مع الأصل للمطابقة.)
- 2) Original or certified experience certificate with the original for Comparison. (2 صورة لشهادة الخبرة موثقة مع الأصل للمطابقة.)
- 3) Certificate/Letter as a proof of current professional title. (3 شهادة أو خطاب باللقب المهني الحالي.)
- 4) Professional license if available. (4 شهادة الرخصة المهنية إن وجدت.)
- 5) Copy of the identification Card / Iqama / Passport. (5 صورة من الهوية / أو الإقامة / أو الجواز.)
- 6) Fees receipt. (6 إيصال دفع الرسوم)
- 7) Two Recent Photo. (7 عدد (2) صورة شمسية حديثة.)

❖ Important Notes:

❖ تعليمات هامة :

- ❖ The applicant once has been registered, is required to inform the Council of any change in his/her post, address or any information relevant to registration. Failure to do so is considered as violation of this application. (❖ على المتقدم بعد اكتمال التسجيل إخطار الهيئة بأي تعديل في وظيفته أو عنوانه أو أي معلومات لها علاقة بالتسجيل، وأي تقصير في هذا الصدد يعتبر مخالفا لطلب التسجيل.)
- ❖ If the applicant wishes to renew his/her registration for different description or a range of employment for which he/she is not sponsored, he/she may be required to pass a test of professional knowledge. (❖ إذا رغب مقدم الطلب في تعديل تسجيله لدرجة مهنية مختلفة أو تأهيل اضافي فقد يترتب على ذلك إجراء تصنيف مهني في مجال تخصصه.)
- ❖ **The duration of registration:** Three years for non-Saudis and five years for the Saudis. (❖ **مدة التسجيل :** ثلاث سنوات لغير السعوديين وخمس سنوات للسعوديين)
- ❖ **Registration might be prematurely suspended and/or revoked in the following conditions:**
 - a) Proof of professional misconduct.
 - b) Violation of the ethics and codes of professional practice.
 - c) Inability to practice because of contagious disease, physical and/or mental handicap.
 - d) On the basis of a verdict / a medico legal committee recommendation.
 - e) For common interest.
- ❖ **يجوز وقف التسجيل و / أو إلغائه قبل إنتهاء مدته في الحالات التالية :**
 - (1) ثبوت قصور مهني.
 - (2) الإخلال بنظام أو أخلاقيات مزاولة المهنة.
 - (3) العجز الجسماني و / أو العقلي عن مزاولة المهنة أو بسبب مرض معدي.
 - (4) بناء على قرار / توصية من لجنة طبية شرعية.
 - (5) المصلحة العامة.