K

جامعة الملك سعود
King Saud University
كلية العلوم الطبية التطبيقية
وحدة التدريب الاكلينيكي والامتياز

استمارة فترة تعاقد تدريب أخصائي امتياز

رقم السجل المدني : | | | | | | | | | |

رقم الملف : | | | | | |

الكلية : كلية العلوم الطبية التطبيقية

القسم : .....

أولاً: البيانات الشخصية

١. الأسم رباعياً : ..... النوع ☐- ذكر ☐- أنثى

٢. الأسم السابق (أن وجد) : .....

٣. الجنسية : .....

٤. الجنسية السابقة (إن وجد) : .....

٥. نوع الهوية : ☐- بطاقة أحوال ☐- جواز سفر ☐- أخرى

٦. رقم الهوية : .....

٧. جهة إصدارها الدولة : .....

المدينة : .....

٨. تاريخ الإصدار : ...../...../.....

٩. تاريخ الانتهاء : ...../...../.....

١٠. مكان الميلاد : الدولة : .....

المنطقة : .....

المدينة : .....

١١. تاريخ الميلاد : ...../...../.....

١٢. الحالة الاجتماعية : ☐- أعزب ☐- متزوج ☐- مطلق ☐- أرمل

١٣. عنوان السكن : .....

١٤. رقم هاتف الجوال : ..... هاتف العمل : ..... تحويلة : ..... هاتف المنزل : .....

ثانياً: تحويل الراتب

١. أسم البنك : .....
٢. رقم الحساب

I BAN: | S | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

اسم اخصائي الامتياز : ..... التوقيع : ..... التاريخ : .....

مرفق (٤)