

دولة ليبيا

مجلس التخصصات الطبية

نموذج اشتراك في امتحان القبول



صورة شخصية

التاريخ: / / التخصص: الرقم الوطني: [ ]

الاسم بالكامل: .....

تاريخ الميلاد: [ ] الحالة الاجتماعية: [ ] الجنس: [ ]

العنوان: [ ]

صندوق البريد: [ ] هاتف: [ ] بريد مصور: [ ]

توقيع الطالب

سنة التخرج: .....  
الشهادة: .....  
الجامعة: .....

الختم

جهة عمل المتدرب: .....  
موافقة جهة العمل: .....  
توقيع رئيس القسم: .....  
اعتماد الادارة: .....

( اسماء الاخصائيين الذين عمل معهم سابقا )

1- اسم الاستاذ: ..... عنوانه: ..... التوقيع: .....  
2- اسم الاستاذ: ..... عنوانه: ..... التوقيع: .....

إقر انا مقدم النموذج بأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج صحيحة وأني اتحمل كافة المسؤولية بذلك .

التوقيع: ..... التاريخ: .....

المرفقات :

- 1- إفادة تخرج + كشف درجات
- 2- انتهاء فترة الامتياز
- 3- 4 صور شمسية مقاس 4 × 6
- 4 - شهادة ميلاد
- 5 - رسالتى تزكية من الاستشاريين الذين عمل معهم المتدرب
- 6 - رسوم الاشتراك