

# دولة ليبيا

مجلس التخصصات الطبية

## نموذج اشتراك في امتحان القبول



صورة شخصية

التاريخ: / / التخصص: الرقم المتسلسل:

الاسم بالكامل:

تاريخ الميلاد: الحالة الاجتماعية: الجنس:

العنوان:

صندوق البريد: هاتف: بريد مصور:

سنة التخرج:

الشهادة:

الجامعة:

توقيع الطالب

جهة عمل المتدرب:

موافقة جهة العمل:

توقيع رئيس القسم:

اعتماد الإدارة:

( أسماء 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 -انهاء فترة الامتياز

3 -4 صور شمسية مقاس 4 × 6

4 - شهادة ميلاد

5 - رسالتى تركية من الاستشاريين الذين عمل معهم المتدرب

6 - رسوم الاشتراك ثلاثون دينار