



نموذج رقم (1)

بيانات المتقدم لدراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية للعام الدراسي 2024/2023

| | | | | |
|---|--------|--|---------------------------------|--|
| صورة حديثة مختومة من دائرة الموظف | التولد | | البيانات الشخصية | |
| | اليوم | | الاسم الرباعي | |
| | الشهر | | اللقب | |
| | السنة | | رقم وتاريخ هوية الأحوال المدنية | |
| | الجنس | | رقم وتاريخ شهادة الجنسية | |
| | ذكر | | | |
| أنثى | | | | |

| | | | |
|---------------------|--------------------|------------------|-----------|
| العنوان | | | |
| المحافظة/ | المدينة أو القضاء/ | الناحية أو الحي/ | |
| المحلة/ | الزقاق/ | الدار/ | هاتف/ |
| البريد الإلكتروني / | | | الموبايل/ |

| | | | |
|--|---------------|--|--|
| معلومات دائرة الموظف | | | |
| الوزارة/ | اسم الدائرة / | تاريخ المباشرة بالوظيفة بعد آخر شهادة | |
| العنوان الوظيفي/ | المستشفى/ | اليوم | |
| دائرتي ليس لديها مانع من دراسته حسب كتاب الدائرة المرقم/ | | الشهر | |
| والمؤرخ في/ | | السنة | |
| تاريخ بدء الإقامة القدمي/ | | توقيع الموظف المسؤول/ | |
| | | ختم الدائرة/ | |

أي ملاحظات أخرى عن المتقدم

.....

.....

.....



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
المجلس العراقي للاختصاصات الطبية

نموذج رقم (2)

صحيفة أعمال المتقدمين لدراسات المجلس العراقي للاختصاصات الطبية/ اختصاص.....

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---------|---------------------|--|
| <input type="checkbox"/> أنثى | <input type="checkbox"/> ذكر | الجنس / | | الاسم الرباعي / |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بهر | تاريخ الولادة / يوم | محل الولادة / |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | كلا | نعم | هل سبق وان تم قبولك على زمالة أو بعثة أو إجازة دراسية خارج العراق أو داخله |
| تاريخ القبول / / | | | | مكان القبول / |

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| معدل التخرج / | سنة التخرج / | الجامعة / | بيانات الدراسية |
| مجموع الخريجين / للدورين | عدد خريجي الدور الثاني / | عدد خريجي الدور الأول / | بكالوريوس <input type="checkbox"/> |
| جامعة / | كلية / | في قسم / | دبلوم عالي <input type="checkbox"/> |
| في اختصاص / | | | ماجستير <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------|--|
| في اختصاص / | الشهادة التي ترغب الحصول عليها/ زميل المجلس العراقي للاختصاصات الطبية |
|-------------|--|

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| هل أنت موظف / | قناة التقديم |
| أسم الدائرة / | |
| العنوان الوظيفي / | |
| تاريخ أول تعيين / | |
| رقم وتاريخ عدم الممانعة / | |
| اسم الطالب / | هل تم ترقيت قبلك سابقاً |



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
المجلس العراقي للاختصاصات الطبية

نموذج رقم (3)

المقابلة وحضور الامتحان التنافسي

حضر المتقدم لأداء الامتحان التنافسي وتبين أنه مؤهل للتقديم لدراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية

أن لم يكن مؤهلاً للدراسة، الرجاء ذكر السبب بإيجاز/

| البيانات الدراسية | آخر شهادة حصل عليها المتقدم | في اختصاص | الجهة المانحة للشهادة |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| | بكالوريوس | | الجامعة/ |
| | دبلوم عالي | | الكلية/ |
| | ماجستير | | القسم (أن وجد)/ |
| | سنة التخرج/ | حسب الوثيقة التخرج المرقمة/ | المؤرخة في/ / / |
| | ومعدل/ 100% | وتسلسله/ | من/ |

| | | | | | | |
|----------------------|---|-----------------------------|---|----------------------------------|---|------------------------|
| معدل أساس المفاضلة | = | درجة الإقامة القدمى إن وجدت | + | تسلسل الطالب ومعدله وفق المعادلة | + | درجة الامتحان التنافسي |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

| | |
|------------|---|
| في اختصاص/ | الشهادة المطلوبة زميل المجلس العراقي للاختصاصات الطبية |
|------------|---|

أي ملاحظات أخرى عن دراسة المتقدم

.....
.....
.....
.....



تعهد خطي للمتقدم لدراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية
للعام الدراسي 2023-2024

إني المتقدم.....لدراسة المجلس العلمي لاختصاص.....
أتعهد بما يأتي:

- أن أقدم بطلبي لغرض القبول لهذا العام الدراسي 2024/2023 إلى المجلس العراقي للاختصاصات الطبية فقط، لنيل شهادة "زميل".
 - إني موظف في الدولة في دائرة..... التابعة لوزارة.....
ولدي ما يثبت عدم مانعة وزارتي من إكمال دراستي ومنحي التفرغ الدراسي في حالة قبولي.
 - إني غير مشمول بما ورد في الفقرة (خامساً/ أحكام عامة/ الفقرة 5) من ضوابط التقديم والقبول في الدراسات العليا للعام الدراسي 2024/2023 والمتعلقة بالدرجات الخاصة.
 - إني غير مرقن القيد سابقاً بسبب الغش أو التزوير.
 - إني مرقن القيد سابقاً بموجب الأمر الإداري المرقم في..... والمرفق نسخة منه (طياً).
- وأتحمل كافة التبعات القانونية إذا تبين للمجلس العراقي للاختصاصات الطبية عدم صحة بنود هذا التعهد بإلغاء قبولي إنطلاقاً من الشعور بالمسؤولية والحفاظ على الحقوق والواجبات وللحيلولة دون تضليل المؤسسة بمعلومات غير صحيحة ولترصين المستوى العلمي للقبول بدراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية، ولأجله أوقع في أذناه.

ملاحظة/ يتم ملء هذا التعهد من قبل المتقدم (حصراً).

التوقيع:

الأسم:

التاريخ: / / 2023