

استمارة ترشيح ذوي الشهداء للقبول في دراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية للعام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤

					الاسم الرباعي	١.
					أسم الأم الرباعي	٢.
اليوم		الشهر		السنة	مواليد المتقدم للدراسة	٣.
		تاريخ التعيين			المهنة	٤.
					مدة الخدمة	٥.
					عنوان العمل	٦.
					عنوان السكن	٧.
البكلوريوس					الشهادة الحاصل عليها	٨.
		الاختصاص				
		الجامعة				
		الكلية				
		القسم				
		تاريخ الحصول على الشهادة				
		المعدل				
الدبلوم العالي						
		الاختصاص العام				
		الاختصاص الدقيق				
		رقم وتاريخ الأمر الجامعي				
		التقدير				
		الكلية المانحة للشهادة				
		الجامعة المانحة للشهادة				
الماجستير						
		الاختصاص العام				
		الاختصاص الدقيق				
		رقم وتاريخ الأمر الجامعي				



	التقدير		
	الكلية المانحة للشهادة		٩.
	الجامعة المانحة للشهادة		
	زميل المجلس العراقي للاختصاصات الطبية	الشهادة المطلوبة	١٠.
	الهاتف الأرضي	وسيلة الاتصال	١١.
	الهاتف النقال		
	البريد الإلكتروني		
	المجلس العراقي للاختصاصات الطبية	جهة التقديم	١٢.
	الاختصاص / الهيئة		
	القسم / الفرع		
ترفق شهادة الوفاة	الأب	علاقة المتقدم بالشهيد	١٣.
ترفق شهادة الوفاة	الأم		
ترفق شهادة الوفاة	الأبن		
ترفق شهادة الوفاة	البنات		
ترفق شهادة الوفاة	الأخ		
ترفق شهادة الوفاة	الأخت		
ترفق شهادة الوفاة مع عقد الزواج	الزوج		
ترفق شهادة الوفاة مع عقد الزواج	الزوجة		
ترفق شهادة الوفاة	الحفيد		
ترفق شهادة الوفاة	الحفيدة		
	تعهد		١٤.
	أتعهد بصحة المعلومات المذكورة في الفقرات أعلاه وبعكسه أتحمل التبعات القانونية كافة		
		الأسم	
		التوقيع	
		التاريخ	



	التسلسل المركزي للاستمارة ويملىء من قبل الرعاية العلمية في مؤسسة الشهداء
--	-----------------------------------------------------------------------------

تملأ من قبل مؤسسة الشهداء في حالة كون تاريخ الإستشهاد قبل ٢٠٠٣

ختم مؤسسة الشهداء	مصادقة وتوقيع رئيس المؤسسة	تأييد الإستشهاد من قبل المؤسسة

يملأ هذا الحقل من قبل مؤسسة الشهداء إذا كان تاريخ الإستشهاد اعتباراً من ٢٠١٤/٦/١١ لذوي شهداء الحشد الشعبي المشمولين بالقانون

ختم مؤسسة الشهداء	مصادقة وتوقيع رئيس المؤسسة	تأييد الإستشهاد من قبل المؤسسة