

إستمارة إعادة تقييم

التراخيص الطبية

قسم التسجيل

بيانات شخصية

الاسم (كما ورد في جواز السفر)

الاسم الأول الاسم الأوسط اسم العائلة

الجنسية الجنس ذكر أنثى

تاريخ الميلاد رقم الهاتف المتحرك

رقم الهاتف صندوق البريد الفاكس

البريد الإلكتروني

المهنة (مجال العمل)

4- مهن صحية مساعدة

يرجى التحديد

3- ممرض

1- طبيب بشري

2 - طبيب أسنان

المسمى الوظيفي المطلوب

تفاصيل التقييم

تاريخ التقييم الأول نتيجة التقييم الأول

أسباب إعادة التقييم

اسم مقدم الطلب

التاريخ التوقيع

القطاع الخاص
 القطاع العام

مقيم
 غير مقيم

قطري
 غير قطري

مقدم الطلب
يرجى ذكر مكان العمل

هل اتخذ ضدكم أي إجراء
تأديبي نتيجة لأي مخالفات
ذات صلة بمهنتكم أو مجال
عملكم؟

نعم

لا

في حال الإجابة بنعم يرجى
بيان التفاصيل