



طلب التحاق برنامج التخصص في كلية
طب الاسنان

الفصل الدراسي:		العام الجامعي 2022/2021	
الاسم بالعربية		حسب شهادة الميلاد	
الاسم بالإنجليزية		حسب جواز السفر	
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد:/...../.....م	مكان الولادة:	
رقم الهوية أو جواز السفر	الجنسية:		
رقم الهاتف:	رقم المحمول 1:	رقم المحمول 2:	
عنوان السكن الحالي	المحافظة:	البلدة/الحي:	
البريد الإلكتروني	Email:		

شهادة الثانوية العامة

نوع شهادة الثانوية العامة	() توجيهي () SAT () GCE () بروت () IB () غير ذلك
المعدل:	الفرع: / السنة: / مكان الحصول عليها:

الشهادة الجامعية الأولى

اسم الجامعة:	بلد التخرج:	السنة:
الكلية:	التخصص الرئيس:	
المعدل التراكمي:	التقدير:	

الخبرات والشهادات:

الشهادة/الدورة	التخصص/الموضوع	مكان الدراسة	سنة التخرج

..... طبيعة العمل الحالي.....
.....
.....

يرجى تحديد برنامج التخصص الذي ترغب الالتحاق به:

ضع اشارة	اسم التخصص
	التركيبات السنوية
	المعالجة اللبية (علاج العصب)
	تقويم الاسنان والفكين

تعهد

أتعهد أنا.....مقدم/ة الطلب بصحة كافة المعلومات الواردة
فيه والوثائق المرفقة به وان تبين خلاف ذلك يعتبر الطلب لاغيا وللجامعة الحق في اتخاذ ما تراه
مناسبا. كما أصرح بأنني اطلعت على أنظمة وتعليمات جامعة القدس والمجلس الطبي الفلسطيني
وعلى استعداد تام للالتزام بها حيثما ينطبق.
اسم مقدم الطلب:.....التوقيع.....التاريخ: / /

للاستعمال الرسمي من دائرة القبول:

لائحة تدقيق الطلب (تدقق اللائحة من موظف القبول وتوقع بحضور مقدم الطلب ولا يتم تسلم الطلب في حال وجود أية نواقص)

الشهادة الجامعية مصدق	كشف العلامات مصدق	كشف التوجيهي مصدق	صور شخصية	شهادة ميلاد	مزاولة المهنة

مرفقات أخرى: السيرة الذاتية , صورة عن الشهادات والالقب العلمية الاخرى ان وجدت

اسم الموظف:التوقيع:تاريخ استلام الطلب: / /

قرار لجنة القبول:

.....
.....

توقيع عميد الكلية:التاريخ: / /