

High Committee
Of Medical Specialties

طلب التحاق بالزمالة المصرية الدفعة التكميلية ٢٠١٨

السيد الدكتور / مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

تحية طبية وبعد،،،

مقدمه لسيادتكم الطبيب:..... آخر مؤهل حاصل عليه:.....

جهة العمل الأصلية :مديرية:..... ومنتدب إلى:.....

وأعمل حالياً بمستشفى:..... مديرية:.....

(أ) طبيب مقيم فى تخصص..... ضمن حركة نيابات.....

تاريخ الاستلام الفعلى للنيابة هو / /

(ب) أو مساعد اخصائى أو اخصائى أو استشارى تخصص.....

تاريخ الميلاد / / ١٩م

عنوان السكن :

التليفون :المحمول:.....

البريد الإلكتروني:.....

توقيع الطبيب :

يعتمد،،،

رئيس الهيئة / مدير مديرية الشؤون الصحية

-----/الأستاذ الدكتور

High Committee
Of Medical Specialties

بيانات الطبيب للزمالة المصرية الدفعة التكميلية ٢٠١٨

تملى بمعرفة المديرية أو الهيئة العامة للمستشفيات _ التعليمية أو الهيئة العامة للتأمين الصحي

١. اسم الطبيب الرباعي:

المؤهل: - تاريخ الحصول عليه:

- تاريخ الحصول عليه:

- تاريخ الحصول عليه:

العمل القائم به في جهة العمل الأصلية :

(أ) طبيب مقيم فى تخصص..... ضمن حركة نيابات

تاريخ الاستلام الفعلى للنيابة هو / / بمستشفى:مديرية:

(ب) أو مساعد اخصائى أو اخصائى أو استشارى تخصص

العمل القائم به إذا كان الطبيب منتدبا: مديرية:

النموذج أعلاه مستكمل والبيانات المدونة صحيحة ومطابقة والمستندات مستوفاه بالملف المقدم للزمالة المصرية.

مدير شئون العاملين

موظف السجلات

الطبيب غير مقيد بالدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية حالياً.

مدير إدارة التدريب بالمديرية أو الهيئة

أوافق وترفع للسيد الأستاذ الدكتور/ مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

مدير مديرية الشئون الصحية أو رئيس الهيئة

خاتم الهيئة أو المديرية

-----/الأستاذ الدكتور/

إقرار المتقدم للزمالة المصرية الدفعة التكميلية ٢٠١٨

- أقر أنا الطبيب /..... التابع لمديرية أو هيئة.....
المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص للعام الدراسي ٢٠١٨
أولاً: أقر بأننى غير مسجل حالياً لدراسة الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية وأتعهد بعدم التسجيل لأى دراسة أخرى بعد إلتحاقى بالزمالة المصرية وطوال فترة التدريب وحتى الانتهاء من الامتحانات ولايجوز لى التسجيل إلا فى حالة من ثلاث حالات وهى :-
١. انتهاء تدريبي فى برنامج المصرية وحصولى على شهادة الزمالة المصرية .
٢. فصلى من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من اسباب الفصل.
٣. اعتذارى عن استكمال برنامج الزمالة المصرية .
ثانياً : أقبّل التوزيع طبقاً للأماكن التدريبية المتاحة بالمستشفيات والمراكز التدريبية بالمحافظة التى يتم توزيعى عليها وطبقاً لقواعد التنسيق ولا يحق لى تعديل التخصص أو المحافظة التدريبية مع علمى التام بأن الزمالة المصرية غير مسنولة عن توفير سكن داخل المستشفيات التدريبية .
ثالثاً: أتعهد بالإلتزام بنظام الدوران الموضوع من المجلس العلمى للتخصص.
رابعاً: أتعهد بإحضار شهادة نجاحى فى امتحان التوفيل من إحدى الجامعات المصرية بمعدل ٥٠٠ درجة أو الجامعة الامريكية بالقاهرة أو AMIDST أو شهادة ILTES من المركز الثقافى البريطانى بدرجة ٥,٥ درجة والشهادة صالحة حتى ٣ سنوات من تاريخ الحصول عليها ولا يسمح بقبولى وقبول اوراقى دون تقديم الشهادة.
خامساً: أتعهد بإحضار شهادة نجاحى فى امتحان الكمبيوتر (Word – Powerpoint – Internet) والذى تنظمه الزمالة المصرية فى (مركز المنيرة التابع للوزارة) ولا يسمح بقبولى وقبول اوراقى دون تقديم الشهادة.
سادساً: أتعهد بحضور المحاضرات النظرية والايام الاكلينيكية والدورات التدريبية وأى أنشطة أخرى مطلوبة من قبل الزمالة (ذات العلاقة فى التخصص)
١. يتم المراسلات من الزمالة المصرية على المستشفى التدريبي (خطاب - فاكس) وتكون هذه المراسلات ملزمة للمتدرب .
٢. فى حال التخلف عن تحقيق نسبة حضور الأنشطة المقررة ألتزم بتنفيذ العقوبات الموقعة على من المجلس العلمى وأقوم بحضورها على نفقتى الخاصة.
٣. فى حالة رغبتى فى حضور الدورة المكثفة للمرة الثانية أو فى أى مرة يكون الحضور على نفقتى الخاصة عن كل يوم من أيام الدورة .
سابعاً: أتعهد بالإلتزام بجميع تعليمات الزمالة والإنتظام فى التدريب والحضور للمستشفى أو المركز التدريبي فى أيام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجيات المقررة.
ثامناً: أتعهد بسداد رسوم التدريب عن كل عام تدريبي قبل بداية العام وفى حالة عدم سداد الرسوم يتم إيقاف التدريب .
تاسعاً: اتعهد بإحضار كتيب الأنشطة Log Book معتمد من المدرب والمشرف ومدير المستشفى التدريبي فى حالة :-
١. النقل من مستشفى تدريبي الى مستشفى تدريبي آخر .
٢. عند طلب المجلس العلمى لمراجعة كتيب الأنشطة .
٣. قبل الجلوس لامتحان الجزء الثانى التحريرى .
عاشراً: أتعهد بالعمل بوحدة وزارة الصحة والسكان مدة ماثلة لمدة التدريب المقررة للتخصص بعد حصولى على شهادة الزمالة المصرية .
وفى حالة عدم قضاء مدة ماثلة لمدة التدريب طبقاً للتخصص اتعهد بسداد قيمة رسوم التدريب عن المدة التى قضيتها بالزمالة المصرية فى التخصص العام أو فى التخصص الدقيق طبقاً لرسوم التدريب المقررة لكل تخصص .
الحادى عشر : اتعهد بأن جميع الشهادات المتقدم بها سليمة والاوراق سليمة وعلى مسنوليتى الشخصية مع اقرارى بأنه فى حالة المخالفة لأعود على اللجنة العليا بالشكوى أمام أى جهة قضائية .
الثانى عشر : أتعهد بأنه فى الحالات الآتية :-
١. حالة تخلفى (فصلى لأسباب تتعلق بعدم استيفائى متطلبات التدريب مثل عدم اجتيازى امتحان الجزء الاول أو الثانى فى المواعيد المقررة)
٢. حالة إعتذارى عن إستكمال مدة تدريب الزمالة لأى سبب (عدا الأسباب الخارجة عن إرادتى كالمريض الذى يثبت بقرار من المجالس الطبية المتخصصة) .
٣. حالة الفصل التأديبى من الزمالة نتيجة عدم التزامى بالقواعد المقررة بالتدريب (عدم الانضباط والالتزام بقواعد التدريب - الغياب عن التدريب بدون اذن مسبق او تجاوزى الحد الاقصى لوقف القيد)
سوف أقوم بسداد مبلغ (ستة آلاف جنيه مصرى) عن كل عام تدريبي فى التخصص العام وفى التخصصات الدقيقة فى حالة الاعتذار أو الفصل من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من الاسباب أتعهد بعدم مطالبتى باسترداد رسوم التدريب التى تم دفعها .
الثالث عشر : أطلعت على الشروط المنظمة لدخول الإمتحانات وسوف ألتزم بها .
الرابع عشر : أوافق على إتخاذ جميع الإجراءات الخاصة باللائحة المنظمة للزمالة ضدى فى حالة مخالفتى للشروط أو عدم إلتزامى بالحضور اليومى والنوبتجيات فى المراكز التدريبية الموزع عليها.
الخامس عشر : أطلعت على جميع الشروط الموضحة بحركة الزمالة المصرية الدفعة التكميلية ٢٠١٨ وقبيلتها.
المقر بما فيه الطبيب :-
التوقيع :-
رقم البطاقة القومى:-
إعتماد جهة العمل الأصلية