

الاوراق المطلوبة للأطباء العاملين بوزارة الصحة يونيه 2017

ملحوظة

تقدم أوراق الإلتحاق في حافظة بلاستيك وبنفس الترتيب المذكور بخط واضح .

أو

- 1- طلب الإلتحاق والاقرار الموجود بإستمارة الإلتحاق معتمد ومختوم من جهة العمل الاصلية.
- 2- بيان الحالة الوظيفية من واقع ملف الطبيب معتمد من جهة عمله الأصلية يذكر فيه بوضوح تام بأن :
 - أ - الطبيب مقيم في التخصص المطلوب في حركة نيابات دور _____ سنة _____
وأن التاريخ الفعلى لإستلام النيابة هو / / وليس تاريخ حركة النيابة.
 - ب - أنه أخصائى أو مساعد اخصائى في التخصص.
- (ضرورة كتابة هذا البند (2) بوضوح تام)
- 3- أصول المؤهل الدارسى
- 4- أصل شهادة الإمتياز
- 5- للمتقدمين بالبيكالوريوس :- بيان درجات به تقدير المادة ذات العلاقة بالتخصص المتقدم كونها إحدى المواد التى تدرس منفصلة فى الكلية مثل طب وجراحة العيون - الانف والاذن والحنجرة - أمراض النساء والتوليد (فى زمالتى أمراض النساء وتنظيم الاسرة) - طب الاطفال - الامراض الباطنة العامة (فى زمالات أمراض الباطنة العامة والباطنة التخصصية) - الجراحة العامة (فى زمالات الجراحة العامة والجراحات التخصصية) .
- 6- أصل شهادة الميلاد.
- 7- عدد ثلاثة صور شخصية حديثة 4 × 6.
- 8- صورة تحقيق الشخصية.
- 9- الموقف من التجنيد للذكور (صورة طبق الاصل للعاملين بوزارة الصحة) .
- 10- أصل شهادة المعادلة للأطباء خريجي الجامعات الخاصة.
- 11- يتم دفع مبلغ 50 جنيه مصرى رسوم تقديم الطلب بعد استيفاء الطلبات تورد فى خزينة الزمالة المصرية.

طلب التحاق بالزمالة المصرية يونيه 2017

السيد الدكتور / مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

تحية طيبة وبعد،،،

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

جهة العمل الأصلية : مديريه:..... ومنتدب إلى:.....

وأعمل حالياً بمستشفى:..... مديريه:.....

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

تاريخ الاستلام الفعلى للنيابة هو / /

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

تاريخ الميلاد / / 19م

عنوان السكن :

التليفون :المحمول :

البريد الإلكتروني:

توقيع الطبيب :

يعتمد،،،

رئيس الهيئة / مدير مديرية الشؤون الصحية

-----/الأستاذ الدكتور/

بيانات الطبيب للزمالة المصرية يونيه 2017

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

1. 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 الدكتوراه أو الزمالة المصرية حاليا.

مدير ادارة التدريب بالمديرية أو الهيئة

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

مدير مديرية الشؤون الصحية أو رئيس الهيئة

خاتم الهيئة أو المديرية

الأستاذ الدكتور/

استمارة رغبات

.....: الاسم الرباعي للطبيب

.....: المؤهل الدراسي

.....: تاريخ الحصول عليه

.....: دفعة التقدم للزمالة

.....: جهة العمل الأصلية

.....: المديرية أو الهيئة

.....: جهة الانتداب

.....: المديرية أو الهيئة

.....: تاريخ الميلاد

.....: عنوان السكن

.....: التليفون

.....: المحمول

E-Mail

.....: التخصص المتقدم له بالزمالة المصرية

المحافظات التي يرغب الطبيب في الترشيح لها في التخصص

-1

-2

-3

-4

-5

إقرار المتقدم للزمالة المصرية دفعة يونيه 2017

أقر أنا الطبيب /..... التابع لمديرية أو هيئة.....

المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص للعام الدراسي 2017 – 2018

أولاً: أقر بأننى غير مسجل حالياً لدراسة الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية وأتعهد بعدم التسجيل لأى دراسة أخرى بعد إنتهاقى بالزمالة المصرية وطوال فترة التدريب وحتى الإنتهاء من الامتحانات ولايجوز لى التسجيل إلا فى حالة من ثلاث حالات وهى :-

1. إنتهاء تدريبي فى برنامج المصرية وحصولى على شهادة الزمالة المصرية .
2. فصلى من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من اسباب الفصل.
3. اعتذارى عن استكمال برنامج الزمالة المصرية .

ثانياً : أقبل التوزيع طبقاً للأماكن التدريبية المتاحة بالمستشفيات والمراكز التدريبية بالمحافظة التى يتم توزيعها عليها وطبقاً لقواعد التنسيق ولا يحق لى تعديل التخصص أو المحافظة التدريبية مع علمى التام بأن الزمالة المصرية غير مسؤولة عن توفير سكن داخل المستشفيات التدريبية .

ثالثاً: أتعهد بالإلتزام بنظام الدوران الموضوع من المجلس العلمى للتخصص.

رابعاً: أتعهد بإحضار شهادة نجاحى فى امتحان التوفيق من إحدى الجامعات المصرية بمعدل 500 درجة أو الجامعة الأمريكية بالقاهرة أو AMIDST أو شهادة IELTS من المركز الثقافى البريطانى بدرجة 5.5 درجة والشهادة صالحة حتى 3 سنوات من تاريخ الحصول عليها فى خلال ستة أشهر من تاريخ إستلامى الزمالة ولن يسمح لى بالإستمرار فى البرنامج أو دخول الامتحانات قبل التقدم بالشهادات .

خامساً: أتعهد بإحضار شهادة نجاحى فى امتحان الكمبيوتر (Word – Powerpoint – Internet) والذى تنظمه الزمالة المصرية فى (مركز المنيرة التابع للوزارة) خلال ستة أشهر من تاريخ إستلامى الزمالة وفى حالة عدم احضار الشهادات فى الفترة المقررة يتم إيقاف التدريب ولا يحق لى دخول الامتحانات.

سادساً: أتعهد بحضور المحاضرات النظرية والايام الاكلينيكية والدورات التدريبية وأى أنشطة أخرى مطلوبة من قبل الزمالة (ذات العلاقة فى التخصص)

1. يتم المراسلات من الزمالة المصرية على المستشفى التدريبى (خطاب – فاكس) وتكون هذه المراسلات ملزمة للمتدرب .
2. فى حال التخلف عن تحقيق نسبة حضور الانشطة المقررة ألتزم بتنفيذ العقوبات الموقعة على من المجلس العلمى وأقوم بحضورها على نفقتى الخاصة.
3. 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 التدريبى فى أيام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجات المقررة.

ثامناً: أتعهد بسداد رسوم التدريب عن كل عام تدريبي قبل بداية العام وفى حالة عدم سداد الرسوم يتم إيقاف التدريب .

تاسعاً: أتعهد بإحضار كتيب الأنشطة Log Book معتمد من المدرب والمشرف ومدير المستشفى التدريبي فى حالة :-

1. النقل من مستشفى تدريبي الى مستشفى تدريبي آخر .
2. عند طلب المجلس العلمى لمراجعة كتيب الأنشطة .
3. قبل الجلوس لامتحان الجزء الثانى التحريرى .

عاشراً: أتعهد بالعمل بوحدة وزارة الصحة والسكان مدة مماثلة لمدة التدريب المقررة للتخصص بعد حصولى على شهادة الزمالة المصرية .

وفى حالة عدم قضاء مدة مماثلة لمدة التدريب طبقاً للتخصص أتعهد 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 : أتعهد بأنه فى الحالات الآتية :-

1. حالة تخلفى (فصلى لأسباب تتعلق بعدم استيفائى متطلبات التدريب مثل عدم اجتيازى امتحان الجزء الاول أو الثانى فى المواعيد المقررة)
2. حالة إعتذارى عن إستكمال مدة تدريب الزمالة لأى سبب (عدا الأسباب الخارجة عن إرادتى كالمريض الذى يثبت بقرار من المجالس الطبية المتخصصة) .
3. حالة الفصل التأديبى من الزمالة نتيجة عدم التزمى بالقواعد المقررة بالتدريب (عدم الانضباط والالتزام بقواعد التدريب – الغياب عن التدريب بدون اذن مسبق او تجاوزى الحد الاقصى لوقف القيد)

سوف أقوم بسداد مبلغ 6000 جنيه مصرى (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 0

الثانى عشر : أطلعت على الشروط المنظمة لدخول الإمتحانات وسوف ألتزم بها .

الثالث عشر : أوافق على إتخاذ جميع الإجراءات الخاصة باللائحة المنظمة للزمالة ضدى فى حالة مخالفتى للشروط أو عدم إلتزامى بالحضور اليومى والنوبتجات فى المراكز التدريبية الموزع عليها.

الرابع عشر : أطلعت على جميع الشروط الموضحة بحركة الزمالة المصرية دفعة يونيه 2017 وقبلتها.

المقر بما فيه الطبيب :-

التوقيع :-

رقم البطاقة القومى:-

إعتماد جهة العمل الأصلية