

طلب التحاق بالزمالة المصرية الدفعة التكميلية 2019  
للأطباء العاملين بهيئة الشرطة (ضباط ومدنيين)

السيد الأستاذ الدكتور/ مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية  
تحية طيبة وبعد...

مقدمه لسيادتكم الطبيب: .....

تاريخ الميلاد / / 19م السن يوم شهر سنة  
عنوان السكن:

التليفون: المحمول أو الجوال: الحالة الاجتماعية:

البريد الإلكتروني .....

الشهادات الحاصل عليها: .....

وأعمل حالياً بوظيفة:.....جهة العمل.....

أرجو قبول طلبي للالتحاق بالزمالة المصرية في تخصص:.....

مع إقراري وإلتزامي بإتباع جميع تعليمات الزمالة المصرية والانتظام في التدريب والعمل في المستشفيات ومراكز التدريب  
وفي جميع مجالات العمل في التخصص طبقاً لما هو معمول به في الزمالة المصرية مع دفع الرسوم المقررة.  
وأرغب في التدريب بمستشفيات هيئة الشرطة.

وأقبل التوزيع طبقاً للأماكن التدريبية الخالية والمتاحة بالمستشفيات والمراكز الطبية بهيئة الشرطة مع تقديم  
أن أكون قد أمضيت مدة عامين تكليف وستة أشهر نيابة داخل مستشفيات الشرطة ( عامين ونصف من تاريخ استلام  
التكليف للأطباء المدنيين )

وبالنسبة للضباط خريجي أكاديمية الشرطة يكون قد أمضى فترة ستة أشهر داخل المستشفى المعين بها أو إحدى مستشفيات  
الشرطة .

توقيع استمارات التقديم من السيد اللواء طبيب / وكيل الإدارة لرئاسة القطاع للشئون الطبية .

المستندات المطلوبة:-

1. أصول المؤهلات العلمية.
2. ترخيص مزاولة المهنة-
3. أصل من شهادة الميلاد.
4. صورة من تحقيق الشخصية-
5. عدد ثلاثة صور شخصية.
6. الموقف من التجنيد (للأطباء المدنيين).
7. قرار التعيين في مستشفيات الشرطة واستكمال عامين تدريبيين

توقيع الطبيب

يعتمد،،،،،

قسم متابعة الدرجات العلمية

رئيس

مدير المستشفى

اقرار وتعهد المتقدم للزمالة المصرية الدفعة التكميلية 2019

للعاملين بهيئة الشرطة (ضباط ومدنيين)

أتعهد أنا الطبيب /.....بطاقة رقم قومي /.....

المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص ..... للعام الدراسي 2019

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 :-

1. انتهاء 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 : 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 مسؤولة عن توفير سكن داخل المستشفيات التدريبية .

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

رابعاً: 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 ادارة التدريب

2. بقطاع الخدمات الطبية بوزارة الداخلية

3. فى حال التخلف عن تحقيق نسبة حضور الانشطة المقررة ألتزم بتنفيذ العقوبات الموقعة على من المجلس العلمى وأقوم بحضورها على نفقتى الخاصة.

4. فى حالة رغبتى فى حضور الدورة المكثفة للمرة الثانية أو فى أى مرة يكون الحضور على نفقتى الخاصة عن كل يوم من أيام الدورة .

خامساً: أتعهد بالالتزام بجميع تعليمات الزمالة والإنتظام فى التدريب والحضور للمستشفى أو المركز التدريبي فى أيام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجات المقررة.

1. فى حالة رغبتى فى حضور الدورة المكثفة للمرة الثانية أو فى أى مرة يكون الحضور على نفقتى الخاصة عن كل يوم من أيام الدورة .

سادساً . أتعهد بسداد رسوم التدريب وقدرها 3000 جنيه عن كل عام وفى حالة عدم سداد الرسوم يتم إيقاف التدريب و فى حالة تجاوزى السن المقرر للقبول بالزمالة المصرية عن السن المقرر أتعهد بسداد الرسوم كاملة 6000 جنيه عن كل عام تدريبي .

سابعاً: 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 التحريري .

ثامناً: أتعهد بالقيام بجميع واجبات الأطباء المقيمين من حضور وانصراف يومي ونوبتجات وما يقرره رئيسى المباشر فى القسم من واجبات وليس لى الحق فى الأجازات سوى الأجازات الرسمية فقط كأقرانى من الأطباء المقيمين كالأتى : 21 يوم أجازة اعتيادية عن كل سنة + 7 أيام عارضة ( اول ستة شهور يستحق 3 أيام عارضة فقط)

بخلاف الأجازات المرضية. الحادى عشر : سيتم مراجعة جميع الشهادات المتقدم بها من الجامعة المانحة لها قبل ظهور النتيجة.

تاسعاً : سيتم مراجعة جميع الشهادات المتقدم بها من الجامعة المانحة لها قبل ظهور النتيجة.

عاشراً : انقطاعى عن العمل او تكرار غيابى عنه يترتب عليه :

➤ دفع مبلغ ال 500 جنيه شهري المخصوم من مقابل التدريب.

➤ إنهاء التدريب والفصل من البرنامج التدريبي.

حادى عشر: فى حالى اعتذارى أو فصلى من برنامج الزمالة المصرية لاي سبب من الاسباب عدم مطالبتي باسترداد رسوم التدريب التى تم دفعها .

ثانى عشر :- أتعهد بعدم المطالبة بالتعيين فى وزارة الصحة بعد الحصول على شهادة الزمالة والخضوع للشروط العامة للتعيين.

ثالث عشر :- أوافق على إلتخاذ جميع الإجراءات الخاصة باللائحة المنظمة للزمالة ضدى فى حالة مخالفتى للشروط أو عدم إلتزامى بالحضور اليومي والنوبتجات فى المراكز التدريبية الموزع عليها.

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

المقر بما فيه

طبيب:

التوقيع:

رقم البطاقة القومية: