

High Committee
Of Medical Specialties

الاوراق المطلوبة للأطباء الغير عاملين بوزارة الصحة

ملحوظة

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

- ١- طلب الإلتحاق والاقرار الموجود بإستمارة الإلتحاق معتمد ومختوم من جهة العمل الاصلية الا إذا كان المتقدم طبيب حر .
- ٢- موافقة جهة العمل إذا كان الطبيب يعمل خارج وزارة الصحة .
- ٣- بيان الحالة الوظيفية من واقع ملف الطبيب معتمد من جهة عمله الاصلية الا إذا كان المتقدم طبيب حر .
- ٤- أصول المؤهل الدارسى
- ٥- للمتقدمين بالبيكالوريوس : بيان درجات به تقدير المادة ذات العلاقة بالتخصص كما هو مبين بالبند ٥ أعلاه .
- ٦- أصل شهادة الإمتياز
- ٧- أصل شهادة طبيب حر إذا كان المتقدم طبيبا حرأ .
- ٨- أصل شهادة الميلاد .
- ٩- عدد ثلاثة صور شخصية حديثة ٤ × ٦ .
- ١٠- صورة تحقيق الشخصية .
- ١١- أصل الموقف من التجنيد للذكور .
- ١٢- أصل شهادة المعادلة للأطباء خريجي الجامعات الخاصة .
- ١٣- وثيقة تأمين ضد مخاطر المهنة .
- ١٤- أصل ترخيص مزاولة المهنة .
- ١٥- يتم دفع مبلغ ٥٠ جنيه مصرى رسوم تقديم الطلب بعد استيفاء الطلبات تورد فى خزينة الزمالة المصرية .

High Committee
Of Medical Specialties

طلب التحاق بالزمالة المصرية يونيه ٢٠١٧
للأطباء الغير عاملين بوزارة الصحة

السيد الأستاذ الدكتور/ مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

تحية طيبة وبعد...

مقدمه لسيادتكم الطبيب:

تاريخ الميلاد / / ١٩ م السن يوم شهر سنة
عنوان السكن:

التليفون:المحمول أو الجوال:

الحالة الاجتماعية:

البريد الإلكتروني

الشهادات الحاصل عليها:

وأعمل حاليا بوظيفة:

جهة العمل

أرجو قبول طلبي للالتحاق بالزمالة المصرية في تخصص:

مع إقراضي وإلتزامي بإتباع جميع تعليمات الزمالة المصرية والانتظام في التدريب والعمل في المستشفيات ومراكز التدريب وفي جميع مجالات العمل في التخصص المعمول به في نظام الزمالة المصرية مع دفع الرسوم المقررة.

وأرغب في التدريب بالمحافظات الآتية على الترتيب: (يكتب أسماء خمس محافظات)

١ . محافظة: ٢ . محافظة: ٣ . محافظة:

٤ . محافظة: ٥ . محافظة:

وأقبل التوزيع طبقا للأماكن التدريبية الخالية والمتاحة بالمستشفيات والمراكز الطبية.

المستندات المطلوبة:-

١. شهادة الطبيب الحر - ٢ . أصول المؤهلات العلمية. - ٣. ترخيص مزاولة المهنة- ٤ . الموقف من التجنيد
- ٥ . شهادة تأمين ضد مخاطر المهنة - ٦ . اصل من شهادة الميلاد. - ٧ . صورة من تحقيق الشخصية
- ٨ . عدد ثلاثة صور شخصية .

توقيع الطبيب

High Committee Of Medical Specialties

إقرار وتعهد المتقدم للزمالة المصرية دفعة يونيه ٢٠١٧

لغير العاملين بوزارة الصحة والسكان

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

المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص للعام الدراسي ٢٠١٧ - ٢٠١٨

أولاً: أقر بأنني غير مسجل حالياً لدراسة الدبلوم أو الماجستير أو الدكتوراة أو الزمالة المصرية وأتعهد بعدم التسجيل لأي 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 : أقبل 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 الأمريكية بالقاهرة أو AMIDST أو شهادة IELTS من المركز الثقافى البريطانى بدرجة ٥,٥ درجة والشهادة صالحة حتى ٣ 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) الذى تنظمه الزمالة أو مركز المنيرة التابع للوزارة خلال ستة أشهر من تاريخ إستلامى الزمالة.

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 التدريبى (خطاب - فاكس) ملزمة للمتدرب .

٢. فى حال التخلف عن تحقيق نسبة حضور الانشطة 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 التدريبى فى أيام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجيات المقررة.

ثامناً: أتعهد بسداد رسوم التدريب وقدرها ٦٠٠٠ جنيه عن كل عام وفى حالة عدم سداد الرسوم يتم إيقاف التدريب .

تاسعاً: اتعهد بإحضار كتيب الانشطة Log Book معتمد من المدرب والمشرف ومدير المستشفى التدريبى فى حالة :-

١. النقل من مستشفى تدريبي الى مستشفى تدريبي أخر .

٢. عند طلب المجلس العلمى لمراجعة كتيب الانشطة .

٣. قبل الجلوس لامتحان الجزء الثانى التحريرى .

عاشراً: أتعهد بالقيام بجميع واجبات الأطباء المقيمين من حضور وانصراف يومية ونوبتجيات وما يقرره رئيسى المباشر فى القسم من واجبات وليس لى الحق فى الأجازات سوى :

➤ الأجازات الرسمية فقط كأقربانى من الأطباء المقيمين كالأتى : ٢١ يوم أجازة اعتيادية عن كل سنة + ٧ أيام عارضة (اول ستة شهور يستحق ٣ أيام عارضة فقط) بخلاف الأجازات المرضية.

الحادى عشر: انقطاعى عن العمل او تكرار غيابى عنه يترتب عليه :

➤ دفع مبلغ ال ٥٠٠ جنيه شهري المخصوم من مقابل التدريب.

➤ إنهاء التدريب والفصل من البرنامج التدريبى.

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

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

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

الخامس عشر: -أطعت على الشروط المنظمة لدخول الإمتحانات وسوف ألتزم بها.

المقر بما فيه

طبيب:

التوقيع:

رقم البطاقة القومية: