



طلب مقاعد دراسية (الدراسات العليا)

صورة شخصية	يُعبأ من قبل الموظف	رقم الطالب: _____
		تاريخ الاستلام: _____
	اسم الطالب الرباعي (باللغة العربية حسب جواز السفر): _____	
	اسم الطالب الرباعي (باللغة الإنجليزية حسب جواز السفر): _____	
الدولة: _____ الدرجة المطلوبة: _____ ماجستير دكتوراة الاختصاص في الطب		
التخصص المطلوب (التخصص الدقيق): _____		
لغة التدريس: _____		
الجامعة المطلوبة: _____		

المحافظة: _____	المدينة/القرية: _____
الشوارع: _____	صندوق بريـد: _____
رقم الهاتف: _____	رقم الخلوي الفلسطيني: _____
البريد الإلكتروني: _____	

مكان الولادة: _____	تاريخ الولادة: _____
رقم الهوية: _____	الجنس: _____ ذكر أنثى
رقم جواز السفر: _____	الدولة التي صدر فيها: _____
تاريخ الإصدار: _____	تاريخ الإنتهاء: _____

الشهادات العلمية:						
الدرجة العلمية	الجامعة / المدرسة	الدولة	سنة التخرج	التخصص	المعدل	التقدير العام
الثانوية العامة						
البكالوريوس						
الماجستير						
أخرى: _____						

هل حصلت على قبول في إحدى جامعات الدولة التي ترغب الدراسة فيها لهذا العام؟	نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر اسم الجامعة _____ التخصص _____	
الوظيفة الحالية: _____ المؤسسة: _____ تاريخ الالتحاق بالعمل: _____	
أذكر اثنين من أفراد عائلتك:	
1- الإسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخلوي الفلسطيني: _____	
2- الإسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخلوي الفلسطيني: _____	

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وفي حال ثبت عكس ذلك أتحمل كافة المسؤوليات المترتبة.

توقيع الطالب: _____

ملاحظة: الطلب والوثائق المرفقة غير مستردة