

طلب منحة 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 المانحة: _____ 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- الاسم:	صلة القرابة:	رقم الخلوي الفلسطيني:
2- الاسم:	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