

طلب التحاق بالزمالة المصرية دفعة تكليف سبتمبر ٢٠١٩

السيد الدكتور / مدير عام اللجنة العليا للتخصصات الطبية

تحية طيبة وبعد،،،

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

جهة العمل الأصلية :مديرية:.....

وأعمل حالياً بإدارة :..... مديرية:.....

طبيب تكليف فى تخصص..... ضمن حركة تكليف

تاريخ الاستلام الفعلي للتكليف: / /

تاريخ الميلاد: / / ١٩م

عنوان السكن :

التليفون :المحمول :

البريد الإلكتروني:

توقيع الطبيب :

يعتمد،،،

رئيس الهيئة / مدير مديرية الشؤون الصحية

الأستاذ الدكتور /

بيانات الطبيب للزمالة المصرية دفعة تكليف سبتمبر ٢٠١٩

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

١. اسم الطبيب الرباعي:

المؤهل: - تاريخ الحصول عليه:

- تاريخ الحصول عليه:

- تاريخ الحصول عليه:

العمل القائم به في جهة العمل الأصلية :

طبيب تكليف فى تخصص..... ضمن حركة تكليف

تاريخ الاستلام الفعلي بإدارة:..... مديرية:

النموذج أعلاه مستكمل والبيانات المدونة صحيحة ومطابقة والمستندات مستوفاه بالملف المقدم للزمالة المصرية.

موظف السجلات

مدير شئون العاملين

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

مدير مديرية الشؤون الصحية أو رئيس الهيئة

خاتم الهيئة أو المديرية

الأستاذ الدكتور/-----



High Committee
Of Medical Specialties

الأمانة العامة للجنة العليا
للتخصصات الطبية

بيان حالة وظيفية

الاسم الرباعي للطبيب:

الوظيفة:

دفعة التكليف:

التاريخ الفعلي لإستلام التكليف:

تاريخ الحصول عليه:

جهة العمل الأصلية:

جهة الانتداب إن وجد:

ملحوظة يملأ بمعرفة المختص بمديرية الشؤون الصحية التابع لها الطبيب

توقيع الموظف المختص

يعتمد،،،

مدير مديرية الشؤون الصحية بـ.....

الأستاذ الدكتور/-----

خاتم شعار الجمهورية

إقرار وتعهد المتقدم للزمالة المصرية دفعة تكليف ٢٠١٩

أقر أنا الطبيب /.....التابع لمديرية أو هيئة.....
المتقدم للتدريب بالزمالة المصرية تخصص للعام الدراسي ٢٠١٩ - ٢٠٢٠
أولاً: أقر وأتعهد بعدم التسجيل لأي دراسة أخرى بعد إلتحاقى بالزمالة المصرية وطوال فترة التدريب وحتى الانتهاء من الامتحانات ولا يجوز لي التسجيل الا بعد انتهاء تدريبي في برنامج الزمالة المصرية وحصولي على شهادة الزمالة المصرية.

ثانياً : أقبل التوزيع طبقاً للأماكن التدريبية المتاحة بالمستشفيات والمراكز التدريبية بالمحافظة التي يتم توزيعي عليها وطبقاً لقواعد التنسيق والنظم بالقواعد المنظمة التي أقرتها الزمالة المصرية فيما يخص تعديل التخصص أو المحافظة التدريبية.

ثالثاً: أتعهد بالالتزام بنظام الدوران الموضوع من المجلس العلمي للتخصص
رابعاً: أتعهد بحضور المحاضرات النظرية والأيام الأكلينيكية والدورات التدريبية وأي أنشطة أخرى مطلوبة من قبل الزمالة (ذات العلاقة في التخصص)

١. تتم المراسلات المصرية من الزمالة المصرية على المستشفى التدريبي (خطاب - فاكس) وتكون هذه المراسلات ملزمة للمتدرب.
 ٢. في حالة التخلف عن تحقيق نسبة حضور الأنشطة المقررة ألتزم بتنفيذ العقوبات الموقعة علي من المجلس العلمي وأقوم بحضورها على نفقتي الخاصة.
 ٣. في حالة رغبتني في حضور الدورة المكثفة للمرة الثانية او في أي مرة يكون الحضور على نفقتي الخاصة عن كل يوم من أيام الدورة.
- خامساً: أتعهد بالالتزام بجميع تعليمات الزمالة والانتظام في التدريب والحضور للمستشفى أو المركز التدريبي في ايام العمل الرسمية وكذلك حضور النوبتجات المقررة.

سادساً: أتعهد بسداد رسوم التدريب عن كل عام تدريبي وفي حالة عدم سداد رسومي يتم إيقاف تدريبي.
سابعاً: أتعهد بإحضار كتيب الأنشطة Log Book معتمد من المدرب والمشرف ومدير المستشفى التدريبي في حالة:

- النقل من مستشفى تدريبي الى أخرى.
- طلب المجلس العلمي لمراجعة كتيب الأنشطة.
- قبل الجلوس لإمتحان الجزء الثاني التدريبي.

ثامناً: أتعهد بالعمل بوحدات الوزارة مدة مماثلة لمدة التدريب المقررة للتخصص بعد حصولي على شهادة الزمالة المصرية. وفي حالة عدم قضاء مدة مماثلة لمدة التدريب طبقاً للتخصص أتعهد بسداد قيمة رسوم التدريب عن المدة التي قضيتها بالزمالة المصرية في التخصص العام أو في التخصص الدقيق طبقاً لرسوم التدريب المقررة لكل تخصص.

تاسعاً : أتعهد بأنني سأقوم بسداد مبلغ ٦٠٠٠ جنية مصري (ستة الاف جنية مصري) عن كل عام تدريبي في التخصص العام في الحالات الآتية:
(١) حالة تخلفي (فصلي لأسباب تتعلق بعدم استيفائي متطلبات التدريب مثل عدم اجتيازي امتحان الجزء الأول أو الثاني في المواعيد المقررة.
(٢) حالة اعتداري عن استكمال مدة التدريب لأي سبب عدا الأسباب الخارجة عن ارادتي كالمريض الذي يثبت بقرار من المجالس الطبية المتخصصة.
(٣) حالة الفصل التأديبي من الزمالة نتيجة عدم التزامي بالقواعد المقررة للتدريب (عد الإنضباط والالتزام بقواعد التدريب - الغياب عن التدريب بدون إذن مسبق أو تجاوزي للحد الأقصى لوقف القيد)

في التخصصات الدقيقة في حالة الاعتذار او الفصل من برنامج الزمالة المصرية لأي سبب من الأسباب أتعهد بعد مطالبتني لإسترداد رسوم التدريب التي يتم دفعها وفي حالة حصول الطبيب على شهادة الزمالة المصرية يتعهد بالعمل مدة مماثلة للتدريب بالوزارة.

عاشراً : بالنسبة لأطباء تخصص طب الأسرة وفي حالة الإعتذار أو السفر للخارج وعدم قضاء مدة مماثلة للتدريب يراجع بند اللانحة المالية في هذا الشأن من حيث سداد رسوم التدريب والإعتماد لهذا التخصص.

الحادي عشر : اطلعت على الشروط المنظمة لدخول الامتحانات وسوف ألتزم بها.

الثاني عشر : أوافق على إتخاذ جميع الإجراءات الخاصة باللانحة المنظمة للزمالة ضدى في حالة مخالفتي للشروط أو عدم إلتزامي بالحضور اليومي والنوبتجات في المراكز التدريبية الموزع عليها.

الثالث عشر: أطلعت على جميع الشروط الموضحة بحركة الزمالة المصرية دفعة تكليف ٢٠١٩ وقبلتها.

المقر بما فيه

إعتماد جهة العمل الأصلية

التوقيع:

الرقم القومي:

الاوراق المطلوبة للطباء العاملين 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.
- ٢- بيان الحالة الوظيفية من واقع ملف الطبيب معتمد من جهة عمله الاصلية يذكر فيه بوضوح تام بأن الطبيب مكلف فى تخصصحركة تكليفسنة.....وأن التاريخ الفعلى لإستلام التكليف هو / /
- ٣- أصول المؤهل الدارسى
- ٤- أصل شهادة الإمتياز
- ٥- أصل شهادة الميلاد.
- ٦- عدد ثلاثة صور شخصية حديثة ٤ × ٦ .
- ٧- صورة تحقيق الشخصية (وجهين).
- ٨- الموقف من التجنيد للذكور (صورة طبق) .
- ٩- أصل شهادة المعادلة للأطباء خريجي الجامعات الخاصة.
- ١٠- ايصال دفع بمبلغ ٧٧٠ جنية مصري على حساب وزارة الصحة والسكان - عمليات البحوث والتعليم والتدريب رقم ٥/٨٤٨٤/٨٧٠/٤٥٠/٩ (السداد من خلال فروع البنك الأهلي المنتشرة بالجمهورية)
- ١١- إحضار شهادة التوفيل (من اي جهة حكومية بشرط الا تقل الدرجة عن ٥٠٠ أو شهادة إيلتس بدرجة ٥,٥) خلال مدة ٣ اشهر من إستلام الزمالة.
- ١٢- احضار شهادة الكمبيوتر (وورد - باوربوينت - انترنت) خلال مدة ٣ اشهر من إستلام الزمالة من الجهات التالية :

○ مركز المنيرة بالقاهرة.

○ IC3 معتمدة.

○ ICDL (Arabia – Egypt)

○ أي جهة حكومية