

استمارة ترشيح المشمولين بقانون رعاية ذوي الاعاقة والاحتياجات الخاصة رقم ٣٨ لسنة ٢٠١٣
للقبول في الدراسات العليا للعام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١

| | | | | | | |
|---|-------|-------|---------------|-------------------------|------------------|---------------|
| | | | | الاسم الرباعي | ١ | |
| | | | | المواليد | ٢ | |
| اليوم | الشهر | السنة | تاريخ التعيين | المهنة | ٣ | |
| | | | | مدة الخدمة | ٤ | |
| | | | | عنوان العمل | ٥ | |
| | | | | عنوان السكن | ٦ | |
| البكالوريوس | | | | الشهادة الحاصل عليها | ٧ | |
| الاختصاص | | | | | | |
| الجامعة | | | | | | |
| الكلية | | | | | | |
| القسم | | | | | | |
| تاريخ الحصول على الشهادة | | | | | | |
| المعدل | | | | | | |
| الدبلوم العالي | | | | الشهادة الحاصل عليها | ٧ | |
| الاختصاص العام | | | | | | |
| الاختصاص الدقيق | | | | | | |
| رقم وتاريخ الامر الجامعي | | | | | | |
| التقدير | | | | | | |
| الكلية المانحة للشهادة | | | | | | |
| الجامعة المانحة للشهادة | | | | | | |
| الماجستير | | | | الشهادة الحاصل عليها | ٧ | |
| الاختصاص العام | | | | | | |
| الاختصاص الدقيق | | | | | | |
| رقم وتاريخ الامر الجامعي | | | | | | |
| التقدير | | | | | | |
| الكلية المانحة للشهادة | | | | | | |
| الجامعة المانحة للشهادة | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> دكتوراه <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> دبلوم عالي | | | | ٨ | الشهادة المطلوبة | |
| | | | | الهاتف الأرضي | ٩ | وسيلة الاتصال |
| | | | | الهاتف النقال | | |
| | | | | البريد الإلكتروني | | |

| | | | |
|---|------------------|-------------|----|
| | الجامعة / الهيئة | جهة التقديم | ١٠ |
| | الكلية / المعهد | | |
| | القسم / الفرع | | |
| تعهد | | | ١١ |
| أتعهد بصحة المعلومات المذكورة في الفقرات اعلاه وبعبسه تحمل التبعات القانونية كافة | | | |
| | الاسم | | |
| | التوقيع | | |
| | التاريخ | | |

| | | |
|------------|---------------------------|---|
| ختم الهيئة | مصادقة وتوقيع رئيس الهيئة | تأييد وزارة العمل والشؤون الاجتماعية / هيئة رعاية ذوي الاعاقة والاحتياجات الخاصة ان المتقدم من المشمولين بالقانون اعلاه |
| | | |

اولاً : تأييد وزارة الصحة لتحديد العوق ودرجته للمتقدم اعلاه ووفقاً لقرار اللجنة الطبية المختصة بالرقم () في () والمبين فيه نوع الاعاقة المرفق نسخة منه طياً .

ثانياً : يترك للجامعة النظر بإمكانية القبول بالاختصاص المتقدم اليه المشمول بالقانون اعلاه ومن خلال المقابلة التي تجرى في الكلية على ان يتم بيان الاسباب الموضوعية في حالة الرفض بشكل موثق وفقاً لهذه الاستمارة بالفقرة ادناه .

ثالثاً : اسباب الرفض ان وجدت :

١. -----
٢. -----
٣. -----

رئيس اللجنة المختصة بالمقابلة للشريحة اعلاه

عضو

عضو

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:

الاسم:

التوقيع:

التاريخ: