**استمارة اعتماد مدربين التطوير المهني**

 **بيانات المدرب المتقدم**

**الاسم بالكامل باللغة العربية:**

**الاسم بالكامل باللغة الإنجليزية:**

**الجنسية**

 **رقم التليفون: الايميل:**

**عنوان المدرب:**

**الشارع: المدينة: الرقم البريدي:**

**الوظيفة الحالية : التخصص:**

**الوظائف السابقة:**

**نبذة عن المؤسسة \*:**

**رقم التسجيل بالنقابة: السنة:**

\*ترفق نسخة من استمارة التقدم

**الشهادات العليا الحاصل عليها**

\*يجب على المتقدم للاعتماد كمدرب بالمجلس الصحي المصري إحضار أصول كافة الشهادات لمراجعتها من قبل مسئولي المجلس.

**الخبرات السابقة بالتدريب**

**خاص بالمكتب للتسجيل**

 **المستلم: ختم المجلس: اسم المدرب :**

 **رقم التقدم: تاريخ الاستلام:**

**تعهد من متقدم للاعتماد كمدرب**

 **أُقــر أنــا / المُتقدم للاعتماد برقم**

 **بكافة صحة البيانات المُقدمة مني، وأنني قد اطلعت على القواعد والمعايير العامة المُنظمة لأنشطة التطوير المهني المُستمر لمجال الطب البشري، والصادرة عن المجلس الصحي المصري، فضلاً عن النصوص الحاكمة المُشار إليها، وأتعهد بالالتزام بها وبأي تعديلات أو إضافات لها من قِبل المجلس.**

 **التوقيع التاريخ خاتم المُنشأة**