



\*ملاحظة: يرجى الإجابة بالتفصيل وبخط اليد وإرفاق جميع الأوراق الثبوتية بهذا الطلب

	العمل المطلوب
	الكلية
	القسم
	تاريخ تقديم الطلب

**أولاً: المعلومات الشخصية**

	الاسم (أربعة مقاطع) :-	
Name:		
	مكان وتاريخ الولادة	
	الجنسية (إذا كان لديك أكثر من جنسية الرجاء اذكرها)	
	رقم الهوية/ جواز السفر	
	تاريخ ومكان الإصدار	
أنثى	ذكر	الجنس
أعزب	متزوج	الحالة الاجتماعية
		الديانة
		العنوان الحالي
		العنوان الدائم
		رقم الهاتف
		الايمل

**ثانياً: الحالة الصحية**

	هل يوجد لديك أمراض مهمة؟	
	هل تعاني من أية أعاقه جسدية؟	
	هل تدخن؟	
لا	نعم	هل عُولجت في السنوات الخمس الأخيرة من أمراض هامة جسمية ونفسية؟
إذا كان الجواب نعم يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية؟		
	1. ما هو المرض؟	
	2. مدة العلاج؟	
	3. اذكر اسم المشرف على العلاج؟	

**ثالثا: الافراد المسؤولين عن إعالتهم**

الرقم	الاسم	العمر	الجنس	العلاقة	الوظيفة
.1					
.2					
.3					
.4					
.5					

**رابعا: المؤهلات العلمية**

الرقم	الدرجة	التقدير والمعدل	لغة الدراسة	تاريخ التخرج	التخصص	اسم الجامعة
.1	G.S.E.C الثانوية العامة					
.2	B.A. OR B. Sc البكالوريوس					
.3	M.A or M. Sc الماجستير					
						عنوان رسالة الماجستير
4.	Ph.D. الدكتوراة					
						التخصص الدقيق
						عنوان رسالة الدكتوراة

**خامسا: اللغات (ممتازة، جيد جدا، جيد، مقبول)**

	اللغة العربية (لغير الناطقين بها)
	اللغة الإنجليزية
	لغات أخرى

**سادسا: الخبرات العملية**

الرقم	المسمى الوظيفي	مكان العمل	مدة العمل	سبب ترك العمل
.1				
.2				
.3				
.4				

				5.
--	--	--	--	----

**سابعاً: المعرفون**

	الاسم والمنصب رقم الهاتف/ الايميل
	الاسم والمنصب رقم الهاتف/ الايميل
	الاسم والمنصب رقم الهاتف/ الايميل

**ثامناً: النشاطات الأكاديمية**

الرقم	البعثات والدورات التدريبية والإجازات العلمية	التاريخ	المكان
1.			
2.			
3.			
4.			
الرقم	المؤتمرات	التاريخ	المكان
1.			
2.			
3.			
4.			
الرقم	الجمعيات العلمية	التاريخ	المكان
1.			
2.			
3.			
4.			
الرقم	البحوث المنشورة	التاريخ	تصنيف المجلة واسمها
1.			
2.			

			3.
			4.
الرقم	الكتب	التاريخ	الترجمة/ تأليف

**تاسعا: إذا كنت موظف حكومي الرجاء تعبئة ما يلي**

	اسم المؤسسة
	العنوان
	نوع الارتباط
	أ. الالتزام بالخدمة لمدة
	ب. إجازة براتب / بدون راتب
	ج. إذن العمل الخاص لمدة

**عاشرا: التعهد**

أنا..... أشهد بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب	
صحيحة وأتحمل مسئوليتها القانونية	
	الاسم
	التوقيع
	التاريخ