

نموذج إقرار طبيب امتياز

	السجل المدني		الطالب/ة
	بداية الامتياز		الرقم الجامعي

أتعهد أنا الموضح بياناته أعلاه بـ:

- التقيد بأخلاقيات المهنة وجميع اللوائح المنظمة للعمل في المجال الصحي.
- الالتزام بسياسات وإجراءات جهة التدريب.
- الاطلاع على القواعد المنظمة لسنة الامتياز لكلية الطب بجامعة بيشة والعمل بها.
- التقيد بالخطة التدريبية المعدة لسنة الامتياز وفي حال الرغبة بالتعديل يكون ذلك بموافقة وحدة الامتياز بالكلية.

وعلى هذا أوقع:

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:

الرقم : التاريخ : / / المرفقات :

