



استمارة ترشيح ذوي الشهداء للقبول في دراسة المجلس العراقي للاختصاصات الطبية للعام الدراسي 2018/2019

					الاسم الرباعي	1.
					أسم الأم الرباعي	2.
اليوم		الشهر		السنة	مواليد المتقدم للدراسة	3.
		تاريخ التعيين			المهنة	4.
					مدة الخدمة	5.
					عنوان العمل	6.
					عنوان السكن	7.
البكلوريوس					الشهادة الحاصل عليها	8.
		الاختصاص				
		الجامعة				
		الكلية				
		القسم				
		تاريخ الحصول على الشهادة				
		المعدل				
الدبلوم العالي						
		الاختصاص العام				
		الاختصاص الدقيق				
		رقم وتاريخ الأمر الجامعي				
		التقدير				
		الكلية المانحة للشهادة				
		الجامعة المانحة للشهادة				
الماجستير						
		الاختصاص العام				
		الاختصاص الدقيق				
		رقم وتاريخ الأمر الجامعي				



	التقدير		
	الكلية المانحة للشهادة	.9	
	الجامعة المانحة للشهادة		
	زميل المجلس العراقي للاختصاصات الطبية	الشهادة المطلوبة	.10
	الهاتف الأرضي	وسيلة الاتصال	.11
	الهاتف النقال		
	البريد الإلكتروني		
	المجلس العراقي للاختصاصات الطبية	جهة التقديم	.12
	الاختصاص / الهيئة		
	القسم / الفرع	علاقة المتقدم بالشهيد	.13
ترفق شهادة الوفاة	الأب		
ترفق شهادة الوفاة	الأم		
ترفق شهادة الوفاة	الأبن		
ترفق شهادة الوفاة	البنات		
ترفق شهادة الوفاة	الأخ		
ترفق شهادة الوفاة	الأخت		
ترفق شهادة الوفاة مع عقد الزواج	الزوج		
ترفق شهادة الوفاة مع عقد الزواج	الزوجة		
ترفق شهادة الوفاة	الحفيد		
ترفق شهادة الوفاة	الحفيدة		
	تعهد	.14	
	أتعهد بصحة المعلومات المذكورة في الفقرات أعلاه وبعكسه أتحمّل التبعات القانونية كافة		
	الأسم		
	التوقيع		
	التاريخ		



تملاً من قبل مؤسسة الشهداء في حالة كون تاريخ الإستشهاد قبل 2003

ختم مؤسسة الشهداء	مصادقة وتوقيع رئيس المؤسسة	تأييد الإستشهاد من قبل المؤسسة

يملاً هذا الحقل من قبل مؤسسة الشهداء إذا كان تاريخ الإستشهاد اعتباراً من 2014/6/11 لذوي  
شهداء الحشد الشعبي المشمولين بالقانون

ختم مؤسسة الشهداء	مصادقة وتوقيع رئيس المؤسسة	تأييد الإستشهاد من قبل المؤسسة