

نموذج (٣) طلب تغيير فترة / مكان التدريب / نقل التدريب

تاريخ تقديم الطلب			
الاسم باللغة العربية			
الهوية الوطنية			
الرقم الجامعي			
التخصص			
التاريخ المتوقع لإنهاء متطلبات التخرج			
المعدل التراكمي الحالي			
..... من 4			
اسم الدورة	التدريب المكثف (الامتياز)	الجهة التدريبية	جامعة حفر الباطن
نوع الدورة	☐ إجبارية ☐ اختيارية	المدة التدريبية	 أسابيع
فترة الدورة الحالية	من : / / 20..... م إلى : / / 20..... م		
نوع التغيير المطلوب	☐ المكان	من : حفر الباطن إلى :	
<p>سعادة عميد كلية العلوم الطبية التطبيقية المحترم</p> <p>السلام عليكم ورحمة الله وبركاته . وبعد :</p> <p>أتقدم بطلب الموافقة علي تغيير دورة التدريب المكثف (الامتياز) حسب البيانات المذكورة أعلاه</p> <p>إقرار :</p> <p>1- جميع البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة</p> <p>2- يجب إن أقدم بهذا الطلب قبل بدء الدورة بشهرين على الأقل إلى الجهة الموجه لها الطلب</p> <p>3- لا يعتبر هذا النموذج ساريا ما لم يتم الموافقة عليه من قبل الكلية . و ابلاغ الكلية رسميا بموعد بداية التدريب من قبل جهة</p> <p>4- لا يسمح لي بالتغيير أو الاعتذار بعد الموافقة على طلب التغيير أعلاه.</p> <p>5- اتعهد باستكمال كل متطلبات النقل و ابلاغ الكلية بالنتائج (كشف طبي – فحوصات – دورات - السجل الأكاديمي.....)</p> <p>الاسم : التاريخ :</p>			
اعتماد عميد كلية العلوم الطبية التطبيقية			
<p>☐ موافق ☐ غير موافق, وذلك لأسباب التالية:</p> <p>الاسم :</p> <p>التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p>			