



رقم مقدم الطلب: _____

إثبات رخصة

أكمل هذا الجزء و أرسل هذا النموذج إلى الجهة المسؤولة عن الترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في البلد الذي حصلت على الترخيص منه. تأكد من كتابة رقم طلبك قبل إرسال هذا النموذج.

لقد تم تسجيلي من قبل

(إسم مجلس/هيئة التمريض/القبالة)

إسم المتقدم كما ورد سجلات الترخيص

نوع الترخيص

رقم الرخصة الأصلية

توقيع مقدم الطلب

العنوان البريدي لمقدم الطلب

الإسم المذكور في طلب التسجيل التمريض/القبالة لدى إدارة التمريض المركزية

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

يستكمل فقط من مجلس / هيئة التمريض/القبالة العليا للترخيص

بعد التحية ، ، ،

صاحب هذا الطلب أعلاه تقدم للحصول على ترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في دولة الإمارات العربية المتحدة. نشكر لكم مساعدتكم لنا في تقييم طلبه. نرجو استكمال هذا النموذج المرفق و إرساله إلى وزارة الصحة على العنوان المذكور أعلاه. يُعتمد هذا الإقرار فقط إذا صدر مباشرة من مجلس التمريض/القبالة الأعلى.

• نوع الرخصة _____ تاريخ الصدور _____ / _____ / _____
رقم الرخصة _____ تاريخ الانتهاء _____ / _____ / _____ أو دائمة

• نوع الرخصة _____ تاريخ الصدور _____ / _____ / _____
رقم الرخصة _____ تاريخ الانتهاء _____ / _____ / _____ أو دائمة

• تم ترخيص مقدم الطلب عن طريق : الامتحان التصديق على وثائق التمريض/القبالة سارية المفعول غير مستخدمة منتهية الصلاحية وضع الرخصة حالياً:

• هل تم إي إجراء تأديبي ضد هذه الرخصة ؟ مثل (سحبها، إيقافها مؤقتاً، تقييدها، وضعها تحت التجربة ، إلخ ..)
إذا كانت الإجابة **نعم**، أوضح على ورقة إضافية نعم لا

• هل الرخصة خاضعة حالياً لأي تحقيق؟
إذا كانت الإجابة **نعم**، أوضح على ورقة إضافية نعم لا

إسم الهيئة / مجلس التمريض/القبالة

عنوان الهيئة / مجلس التمريض/القبالة

مسماه الوظيفي

إسم الموظف الذي استكمل النموذج

التاريخ

التوقيع

الختم الرسمي