**استمارة طالب دراسات عليا**

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم:** |  |
| **التخصص:** |  |
| **مكان العمل:** |  |
| **الرقم القومي:** |  |
| **تقدير البكالوريوس:** |  |
| **تقدير الماجستير:** |  |
| **رقم التليفون:** |  |
| **العنوان تفصيليا:** |  |
| **تاريخ الميلاد:** |  |

**اي خطأ في مليء البيانات يترتب عليه قيد الطالب بالخطأ يلغي قيد الطالب فورا ويحرم من استرداد المصروفات**

**طلب قيد لدرجة الماجستير**

**بكلية طب طنطا**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**اسم الطالب ولقبه :........................................ , جنسيته :....................... , ديانته :......................**

**تاريخ الميلاد : .............................................. محل الميلاد :..................................................**

**عنوان الطــــــالب :...........................................................................................................**

**رقم الهاتف :.....................................................................................................................**

**وظيفة الطالب الحاليه :.........................................................................................................**

**الموقف من التجنيد : ..........................................................................................................**

**الدرجات العلمية والمؤهلات الدراسيه وتواريخها :.........................................................................**

**تقديرة فيها والجهات الحاصل منها عليها : .................................................................................**

**مادة التخصص وتقديرة فيها : ..............................................................................................**

**السيد الاستاذ الدكتور /عميد الكلية**

**أرجو التفضل باتخاذ اللازم نحو لدرجة الماجستير بقسم :..........................................**

**واتعهد بالانتظام في الدراسه والبحث لهذه الدرجة انتظاما كاملا كما اتعهد باتباع قوانين الجامعه ولوائحها ونظمها بكل دقه**

**وتفضلوا بقبول فائق الاحترام**

**طنطا في : / / 2023 توقيع الطالب**

**ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

**الي ادارة الدراسات العليا بالجامعه**

**وافق مجلس القسم بجلسته المنعقده في / /2025**

**ثم وافق مجلس الكليه بجلسته المنعقدة في / / 2025**

**علي قيد الطالب /**

**ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ**

**وتفضلوا بقبول فائق الاحترام**

**طنطا في / /2025**

**عميدالكلية**

**ورئيس مجلس ادارة المستشفيات الجامعية**

**(أ.د/ احمد محمد غنيم )**

**إقــــــرار**

**أقر أنا الطبيب / ................................................................**

**المتقدم لدرجة الماجستير في :...................................................**

**بإحضار موافقة جهة العمل على التفرغ الكامل بعد الحصول على الجزء الأول وذلك طبقا لبند (2)من المادة (4) من اللائحة الداخلية لكلية الطب والصادرة بالقرار الوزاري رقم (3739) في 1/10/2013 بنظام الفصول الدراسية والساعات المعتمدة والتي تنص على.**

**"أن يقدم الطالب موافقة جهة العمل على القيد متضمنة منح الطبيب تفرغ لمدة عامين(اربع فصول دراسية) على الأقل من الجزء الثاني لدرجة الماجستير"**

**وفي حالة عدم إحضار خطاب التفرغ في الميعاد المحدد يعتبر قيدي ملغيا تلقائيا لعدم استكمالي شروط القيد للدرجة حسب اللائحة**

المقـــر بمــا فيــه

|  |  |
| --- | --- |
| **الاســــــــم ربــــاعـــــي :** |  |
| **رقم بطاقة الرقم القومي :** |  |
| **رقـــــــم التليفـــــــون :** |  |
| **محل الإقامة تفصيليـا :** |  |
| **جهــــــة العمــــــــــل :** |  |

إقرار عدم التسجيل لدرجة علمية بكليات الطب في أي جامعة

أقر أنا الطبيب / ...........................................................

المتقدم لدرجة الماجستير في : ............................................

بأني غير مقيد لدراسة أي درجة علمية أخرى سواء في كلية الطب أو أي كلية أخرى بجامعات جمهورية مصر العربية حسب المادة 94 من قانون تنظيم الجامعات مع تحملي لكافة النتائج في حالة عدم صحة البيانات التي أقررت بها في هذا الإقرار.

المقـــر بمــا فيــه

|  |  |
| --- | --- |
| **الاســــــــم ربــــاعـــــي :** |  |
| **رقم بطاقة الرقم القومي :** |  |
| **رقـــــــم التليفـــــــون :** |  |
| **محل الإقامة تفصيليـا :** |  |
| **جهــــــة العمــــــــــل :** |  |

اقرار

طالب محــول

أقر أنا الطبيب / ........................................................

المحول من جامعة ............................ الي كلية طب طنطا

لدرجة : ................................... تخصص : .......................

ــ بأنني محول للدراسة علي لائحة الدراسات العليا بكلية الطب جامعة طنطا بنظام الفصول الدراسية والمعتمدة بالقرار الوزاري رقم(3739) في 1/10/2013 والمعدلة بالقرار الوزاري رقم(878) في 26/3/2015

ـ وأني غير مقيد لدراسة أي درجة علمية أخرى سواء في كلية الطب أو أي كلية أخرى بجامعات جمهورية مصر العربية حسب المادة 94 من قانون تنظيم الجامعات مع تحملي لكافة النتائج في حالة عدم صحة البيانات التي أقررت بها في هذا الإقرار.

المقـــر بمــا فيــه:

|  |  |
| --- | --- |
| **الاســــــــم ربــــاعـــــي :** |  |
| **رقم بطاقة الرقم القومي :** |  |
| **رقـــــــم التليفـــــــون :** |  |
| **محل الإقامة تفصيليـا :** |  |
| **جهــــــة العمــــــــــل :** |  |