



طلب منحة دراسية (الدراسات العليا)

| | | |
|---|---------------------|-----------------------|
| صورة شخصية | يُعبأ من قبل الموظف | رقم الطالب: _____ |
| | | تاريخ الاستلام: _____ |
| اسم الطالب الرباعي (باللغة العربية حسب جواز السفر): _____ | | |
| اسم الطالب الرباعي (باللغة الإنجليزية حسب جواز السفر): _____ | | |
| الدولة المانحة: _____ الدرجة المطلوبة: ماجستير دكتوراة الاختصاص في الطب | | |
| التخصص المطلوب (التخصص الدقيق): _____ | | |

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| المحافظة: _____ | المدينة/القرية: _____ |
| الشوارع: _____ | صندوق بريد: _____ |
| رقم الهاتف: _____ | رقم الخوي الفلسطيني: _____ |
| البريد الإلكتروني: _____ | |

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| مكان الولادة: _____ | تاريخ الولادة: _____ |
| رقم الهوية: _____ | الجنس: ذكر أنثى |
| رقم جواز السفر: _____ | الدولة التي صدر فيها: _____ |
| تاريخ الإصدار: _____ | تاريخ الإنتهاء: _____ |

الشهادات العلمية:

| الدرجة العلمية | الجامعة / المدرسة | الدولة | سنة التخرج | التخصص | المعدل | التقدير العام |
|-----------------|-------------------|--------|------------|--------|--------|---------------|
| الثانوية العامة | | | | | | |
| البكالوريوس | | | | | | |
| الماجستير | | | | | | |
| أخرى: _____ | | | | | | |

| | | |
|---|-----|----|
| هل حصلت على قبول في إحدى جامعات الدولة التي ترغب الدراسة فيها لهذا العام؟ | نعم | لا |
| - إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر اسم الجامعة _____ التخصص _____ | | |
| الوظيفة الحالية: _____ المؤسسة: _____ تاريخ الالتحاق بالعمل: _____ | | |

| | |
|---|--|
| أذكر اثنين من أفراد عائلتك: | |
| 1- الإسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخوي الفلسطيني: _____ | |
| 2- الإسم: _____ صلة القرابة: _____ رقم الخوي الفلسطيني: _____ | |

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وفي حال ثبت عكس ذلك أتحمّل كافة المسؤوليات المترتبة.

توقيع الطالب: _____

ملاحظة: الطلب والوثائق المرفقة غير مستردة