

نموذج (3) تأكيد التطعيمات الوقائية لطلاب وطالبات الإمتياز

| | | | | |
|--|--|--|---------|---|
| | | | | اسم طالب الإمتياز |
| | | | | رقم الطالب الجامعي |
| | | | | القسم الأكاديمي |
| | | | | جهة التدريب |
| | | | | فترة التدريب |
| | | | From/من | <input type="checkbox"/> الفترة الأولى |
| | | | To/إلى | <input type="checkbox"/> الفترة الثانية |

أقر أنا الطالب/الطالبة المذكور اسمي وبياناتي أعلاه بأنني حصلت على جميع التطعيمات الوقائية اللازمة قبل
ممارستي لفترة تدريب الإمتياز وذلك في مستشفى/ مركز صحي () وذلك في يوم ()
() ، وعلى ذلك أوقع أدناه.

| التوقيع | اسم الطالب/الطالبة |
|---------|--------------------|
| | |

- صورة للحفظ في ملف الطالب بالقسم
- صورة الكترونية للحفظ في ملف التدريب الإكلينيكي بالكلية

