



وزارة الصحة

إدارة التراخيص الصحية

نموذج طلب ترخيص فتح مركز علاج طبيعي أهلي

- اسم طالب الترخيص :
- المسمى المهني :
- الشهادات العلمية :
- الخبرة العلمية :
- العنوان :
- إذا كان المركز تخصصي يرجى تحديد نواع التخصص :
-

-وتعهد :

يرجى العلم بانني لا اشغل أي منصب قيادي او رئاسي او اشرافي حكومي حسب القرارات المنظمة والتي لا يجوز بها الجمع بالعمل خارج اوقات الدوام الرسمي وشغل منصب وفي حالة اصدار قرار بشغلي أي منصب وانا اعمل خارج اوقات الدوام الرسمي سوف اقوم بإبلاغكم فوراً والتنازل عن التصريح حتي لا يكون هناك مخالفات قانونية.

- رقم الهاتف :
- رقم الفاكس :
- مقدم الطلب :
- التوقيع :

المستندات المطلوبة :

- السيرة الذاتية
- صورة من المؤهلات العلمية
- شهادات الخبرة العلمية
- صورة البطاقة المدنية
- صورة الجنسية
- صورة اخر قرار ترقية أو نقل (بالمسمى الوظيفي)
- ما يفيد شرط استيفاء التفرغ الكامل واللياقة الصحية (قرار استقالة)