

Saudi Council For Health Specialties



الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

Reg.No: 20 - -
Reg.Date: / /

يرجى إلصاق
صورة حديثة
Please
Affix
Recent
Photo here

استمارة تسجيل و تصنيف مهني

APPLICATION FORM FOR ACCREDITATION AND PROFESSIONAL REGISTRATION

Part I:

1- Personal Information

Please print or write all information in block letters

الجزء الأول :

١ - معلومات شخصية

الرجاء تعبئة الاستمارة طباعة أو بخط واضح

الاسم الكامل :

اسم العائلة اسم الجد اسم الأب الاسم الأول

1.1 Full Name:
(First Name) (Middle Name) (Family Name)

1.2 Date of Birth: DD / MM / YY 1.3 Country of Birth: 1.4 Sex: الجنس

1.5 Nationality: الجنسية 1.6 Country of Current Residence: بلد الإقامة الحالي

1.7 ID/Iqama/Passport No.: رقم البطاقة/الإقامة/الجواز :

1.8 P.O Box: ص ب City : المدينة Postal Code : الرمز البريدي

1.9 Tel No: هاتف Ext.: تحويلة Fax No فاكس

1.10 Mobile No: جوال E-mail البريد الإلكتروني

1.11 Blod Type فصيلة الدم

2 - Sponsor Information

2.1 Govt. Non Govt.

2.2 MOH MODA NG SF UNIV Other

2.3 Work Place

P.O. Box: ص ب City: المدينة Postal Code: الرمز البريدي

Tel No هاتف Ext.: تحويلة Fax No: فاكس

3 - Educational qualification

٣ - المؤهلات العلمية

مدة التدريب Training Years	تاريخ التخرج Graduation Date	البلد Country	مصدر الشهادة Certificate issued by	التخصص Specialty	الشهادة Certificate
1					
2					
3					
4					

-إذا كان التصنيف مطلوب الرجاء تحديد الشهادة (الشهادات) التي ترغب في تصنيفها حسب التسلسل أعلاه .

If accreditation of your Certificate (s) is (are) required, please tick the number of the

Exam Language

Eng

عربي

لغة الامتحان

Applicant Signature: توقيع صاحب الطلب

نموذج رقم (١ ب)

certificate(s) to be accredited as shown above. 1 2 3 4 - ٤

4- Experiences:

4.1- Your current Professional Title: ١- درجتك المهنية الحالية

Subspecialty التخصص الدقيق Specialty التخصص

Date Current Professional Title Acquired / / تاريخ الحصول على الدرجة المهنية الحالية

4.2- Please use the following table and note: ٢- الرجاء استخدام الجدول التالي وملاحظة ما يلي: ٤

A – Mention the name and location of the hospital/health center where you worked.

(أ) اذكر اسم و مكان المستشفى أو المركز الذي عملت به .

B – Mention whether it was full time (FT) or part time (PT). If it was part time, please state the number of sessions you worked per week.

(ب) اذكر ما إذا كان العمل دواماً كاملاً أم جزئياً .
إذا كان العمل جزئياً ، اذكر عدد ساعات العمل الأسبوعية .

C – Describe precisely each specialty in which you worked (e.g. general medicine, geriatric medicine, Orthopedic surgery, etc), and the degree / title of the post.

(ج) صف كل تخصص مارسته (مثال : طب عام ، طب الشيخوخة ، جراحة تقويم العظام ... الخ) ، والدرجة / اللقب المهني .

٤ - ٢- ١- الخبرة /التدريب الذي سبق الحصول على الشهادة/الشهادات

4-2-1 Training experience preceding attainment of the certificate (S)

No	اللقب المهني Title of the Post	كامل / جزئي F/T or P/T	اختصاص Specialty	من From	إلى To	Name of Hospital(s) where Posts were held اسم المستشفى / المركز
1				/	/	
2				/	/	
3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	

٤ - ٢- ٢- الخبرة اللاحقة للشهادة للخمس سنوات

4-2-2 Experience (s) following attainment of the certificate(s) for last five years

1				/	/	
2				/	/	
3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	

§ هذه المعلومات والشهادات سوف تدقق وتطابق مع مصادرها في الجهات التي ذكرت في الاستمارة داخل المملكة وخارجها .

§ أوقع على أن كل ما ورد بهذه الاستمارة صحيح ، وأتحمل كامل المسؤولية عن عدم دقة المعلومات الواردة أعلاه .

٢

Applicant Signature: توقيع صاحب الطلب

§ All information stated above and certificates will be verified from the country issuing the degree and certificate of experience you mentioned inside/outside the kingdom.

§ Herewith I certify that all information provided in this application are correct to the best of my knowledge and I bear the responsibility for any incorrect or inappropriate information given.

٣-٤ اذكر الأنشطة العلمية (دورات تعليمية ، ندوات ، ... إلخ) التي حضرتها مؤخراً

4.3 Mention the MOST recent Scientific Activities (Courses, Symposium, etc....) Which you may have attended

	اسم النشاط Activity Title	التاريخ Date	المدة Duration	المكان Place	نوع المشاركة Type of Participation
1					
2					
3					
4					
5					

Part II.

الجزء الثاني .

يرجى الإجابة على الاستفسارات الآتية

2.1 Please answer the following declarations:

- a) **Have** you ever applied to the Saudi Council for Health Specialties for the professional accreditation and/or Registration? If Yes, indicate the number of registration / accreditation
- هل سبق أن تقدمت إلى الهيئة لطلب التصنيف أو التسجيل المهني ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فأشر إلى رقمي التسجيل / والتصنيف .
- نعم لا
Yes No
- رقم التسجيل : -----
Reg.No : -----
رقم التصنيف : -----
Accr.No: -----
- b) **Have** you ever applied anywhere for a professional license, certificate of registration or permit to practice and had such application rejected?
- هل سبق أن رفض لك طلب تقدمت به للتسجيل أو الترخيص أو لممارسة المهنة الصحية .
- نعم لا
Yes No
- c) **Have** you ever had your professional license, certificate of registration or permit to practice suspended, restricted or revoked?
- هل سبق أن أوقف أو حُظر أو ألغي ترخيصك أو تسجيلك أو إجازتك لممارسة المهنة الصحية.
- نعم لا
Yes No
- d) **Have** you ever had voluntarily surrendered your professional license, certificate of registration or permit to practice for any reason other than avoidance of the renewal fees?
- هل سبق أن تنازلت باختيارك عن ترخيصك أو تسجيلك لأي سبب غير تجنب دفع الرسوم ؟
- نعم لا
Yes No
- e) **Do** you have currently a disease or ailment communicable to other?
- هل تعاني من أي اعتلال أو مرض معد ؟
- نعم لا
Yes No
- f) **Have** you ever abused, been addicted to, or been treated for abuse of or addiction to alcohol or controlled substances?
- هل سبق أن أسأت استخدام المواد الكحولية أو المواد المحظورة، أو أدمنت عليها، أو تعالجت من إدمانها ؟
- نعم لا
Yes No
- g) **Are** you currently abusing, addicted to, or being treated for abuse of or addiction to alcohol or controlled substances?
- هل تسيء حالياً استخدام المواد الكحولية أو المواد المحظورة، أو تدمن عليها، أو تعالج من إدمانها ؟
- نعم لا
Yes No

- h) **Do** you have now, or have you ever had, any illness or disability which could affect your practice of health profession? نعم Yes لا No هل تعاني حالياً أو سابقاً من أي مرض أو إعاقة يمكن أن تؤثر على أدائك للمهنة الصحية ؟
- i) **Have** you ever, during the pendency of an investigation or disciplinary proceeding, voluntarily restricted your professional license, certificate of registration or permit to practice? نعم Yes لا No هل حدث خلال أي تحقيق جار أو دعوى قضائية أن قيد ترخيصك أو تسجيلك اختياريًا ؟
- j) **Have** you ever been found guilty of professional misconduct or found to be incompetent or incapacitated? نعم Yes لا No هل سبق أن أدنت بسوء تصرف مهني أو وجدت غير كفء أو غير قادر ؟
- k) **Have** you ever agreed to a settlement to avoid any proceeding or disciplinary action in respect of your professional conduct, competence or capacity? نعم Yes لا No هل سبق أن وافقت على تسوية لتفادي دعوى قضائية أو إجراء تأديبي متعلق بالسلوك أو الكفاءة أو الأهلية المهنية ؟
- l) **Have** you ever been in the past or now any investigation or proceeding in respect of your professional conduct, competence or capacity? نعم Yes لا No هل سبق أن أجري معك سابقاً أو حالياً تحقيق أو دعوى قضائية في أمر يتعلق بسلوكك أو كفاءتك أو أهليتك المهنية ؟
- m) **Have** you ever been convicted of an offence (not including traffic violation), or are there any criminal charges pending against you ? نعم Yes لا No هل سبق أن أدنت بأي مخالفة (عدا المرورية)، أو هل يوجد اتهام جنائي معلق ضدك ؟
- n) **Has** a court ever made a finding against you related to practice your professional? نعم Yes لا No هل توجد ضدك نتائج تحقيق قضائي من قبل أي محكمة في أمر متعلق بأدائك المهني ؟
- o) **Is** there any current proceeding arising from your professional practice? نعم Yes لا No هل توجد ضدك دعوى قضائية ناشئة عن ممارستك المهنية ؟
- p) **Have** you ever been denied privileges in a hospital or health facility? نعم Yes لا No هل حرمت من أي امتياز خلال عملك في أي مستشفى أو مؤسسة صحية ؟
- q) **Have** you ever resigned from a hospital or health facility to avoid disciplinary action? نعم Yes لا No هل سبق أن تقدمت باستقالتك عن العمل بمستشفى أو مؤسسة صحية لتفادي إجراء تأديبي؟
- r) **Have** you ever had your privileges suspended, reduced or change for any cause by a hospital or other health facility? نعم Yes لا No هل سبق أن أوقفت لك أي امتيازات أو خفضت أو عدلت لأي سبب من قبل أي مستشفى أو جهة صحية ؟
- s) **Has** your name ever been placed on a list restricting your purchasing or prescribing of narcotic or restricted drugs? نعم Yes لا No هل أدرج اسمك ضمن قائمة الممنوعين من شراء أو إعطاء وصفة لأدوية مخدرة أو ممنوعة ؟
- t) **Have** you ever withdrawn, been suspended, or been expelled from any health professional school or faculty, or postgraduate training program? نعم Yes لا No هل انسحبت أو حرمت أو فصلت من أي مدرسة أو كلية صحية أو برنامج دراسات عليا ؟

- u) **Have** you ever discontinued the practice of health professional for any reason for one year or more? نعم لا **هل** توقفت عن ممارسة المهنة الصحية لأي سبب لمدة سنة أو أكثر؟
Yes No
- v) **Is** there any event, circumstance, condition or matter not disclosed in your answers to the preceding questions in respect of your character, conduct, competence or capacity that might be an impediment to your application for a certificate of registration to practice health profession in the Kingdom of Saudi Arabia? نعم لا **هل** هناك أي حادثة أو ظرف أو حالة أو أمر لم يتم التطرق إليه من خلال إجاباتك على الاستفسارات السابقة المتعلقة بشخصيتك أو سلوكك أو أدائك أو أهليتك للعمل والتي يمكن أن تكون عائقاً لقبول طلب تسجيلك لممارسة المهنة الصحية بالملكة العربية السعودية؟
Yes No

N.B: ملاحظة: إذا كانت إجاباتك بنعم على أي من الأسئلة المبينه أعلاه يرجى إعطاء تفاصيل كاملة عنها في ورقة منفصلة

PartIII: Please enclose the following required documents: الجزء الثالث: الرجاء إرفاق الوثائق المطلوبة الآتية

- A- Certified copies of qualifications with the original for verification. (أ) صور موثقة من الشهادة مع الأصل للمطابقة .
- B- Certified experience certificate.(original) (ب) أصل أو صورة موثقة لشهادة الخبرة مع الأصل للمطابقة .
- C- Certificate/Letter as proof of current professional title. (ج) شهادة أو خطاب باللقب المهني الحالي .
- D- Professional licenses if available. (د) شهادة الرخصة المهنية إن وجدت .
- E- Copy of the Identification Card / Iqama / Passport. (هـ) صورة من الهوية / أو الإقامة / أو الجواز .
- F- Fees receipt. (و) إيصال دفع الرسوم .
- G- Two Recent Photos. (ز) عدد (٢) صورة شمسية حديثة .

الجزء الرابع : ملاحظات هامة متعلقة بشروط التسجيل والتجديد والتمديد

Part IV.

Important notes in regards to registration, renewal and extension terms:

- 4.1 The applicant once has been registered, is required to inform the Council of any change in his/her post, current address or any information relevant to the registration. Failure to do so is considered as a violation of this application. ١- ٤ على المتقدم بعد اكتمال التسجيل إخطار الهيئة بأي تعديل يحدث في وظيفته أو عنوانه أو أي معلومات لها علاقة بالتسجيل، و أي تقصير في هذا الصدد يعتبر مخالفاً لطلب التسجيل .
- 4.2 If the applicant wishes to renew his/her registration for a different description or a range of employment for which he/she is not sponsored, he/she may be required to pass a test of professional knowledge. ٢- ٤ إذا رغب مقدم الطلب في تعديل تسجيله لدرجة مهنية مختلفة أو تأهيل إضافي فقد يترتب على ذلك إجراء تصنيف مهني في مجال تخصصه .
- 4.3 The duration of registration is limited to three years. ٣- ٤ مدة التسجيل ثلاث سنوات .

4.4 Registration might be prematurely suspended and /or revoked in the following condition:

- Proof of professional misconduct.
- Violation of the ethics and codes of profession practice.
- Inability to practice because of contagious disease, physical and /or mental handicap.
- On the basis of a verdict/a medico-legal committee recommendation.
- For common interest.

٤- ٤ يجوز وقف التسجيل و/ أو إلغائه قبل انتهاء مدته في الحالات التالية :

- (أ) ثبوت قصور مهني .
- (ب) الإخلال بنظام أو أخلاقيات مزاولة المهنة .
- (ج) العجز الجسماني و/أو العقلي عن مزاولة المهنة أو بسبب مرض معدي
- (د) بناء على قرار/ توصية من لجنة طبية شرعية .
- (هـ) للمصلحة العامة.

4.5 Re-registration is subject to:

A – A proof of coverage of required continuing professional education hours.

B – Absence of health profession misconduct or other violations requiring suspension from Professional practice.

C – Identification letter by sponsor attached.

D- Registration fees are paid and receipt attached.

٥- ٥ يشترط لإعادة التسجيل ما يلي :

(أ) استيفاء ساعات التعليم المستمر.

(ب) عدم وجود أي مخالفة تتطلب إلغاء أو إيقاف الممارسة المهنية

(ج) إرفاق تعريف من المرجع .

(د) تسديد الرسوم المستحقة.

توقيع صاحب الطلب Applicant Signature: / / تاريخ الطلب Application Date

Part V. For Official use only

الجزء الخامس: للاستخدام الرسمي

فقط

الإدارة المالية : تم تحصيل الرسوم وقدرها () برقم () وتاريخ / / الاسم والتوقيع

تم تصنيف صاحب الطلب نظاماً وعليه يمكن تسجيله على النحو التالي :

The applicant has been duly accredited and thus could be registered as follow:

Passing score: علامة النجاح Aquired score: العلامة المتحصل عليها

Subspecialty : التخصص الدقيق Specialty التخصص

Professional Title الدرجة المهنية

Ends on / / نهايته Registration Commences on : / / بداية التسجيل

التاريخ التوقيع اسم موظف الهيئة Date / / Signature SCHS Employee's Name

Reviewed by: (Director of Registration)

تمت مراجعتها من قبل مدير إدارة التسجيل

Name الاسم:
Signature التوقيع:
Date التاريخ:

Applicant Signature: توقيع صاحب الطلب

Approved by : (Secretary General)

تصديق الأمين العام

Name الاسم:
Signature التوقيع:
Date التاريخ:

The Web Site: www.scfhs.org : عنوان موقع الهيئة على الإنترنت
E-Mail : schs@scfhs.org البريد الإلكتروني

Applicant Signature: توقيع صاحب الطلب