

طلب اشتراك في امتحانات الكولوكيوم

خاص بالمديرية

خاص بصاحب الطلب

الاختصاص:	.....
الاسم والشهرة:	.....
اسم الأب:	.....
الجنسية:	.....
مكان وتاريخ الولادة:	.....
العنوان:	.....
رقم الهاتف:	.....
الدورة: الأولى - الثانية 20	.....
رقم الطلب:	.....
تاريخه:	.....
رقم الوصل المالي:	.....

الثانوية العامة اللبنانية وتاريخ الحصول عليها	
معادلة الثانوية العامة الأجنبية وتاريخها ورقمها	
شهادة الاختصاص وتاريخ الحصول عليها	
رقم معادلة شهادة الاختصاص وتاريخها	
اسم الجامعة والبلد مانحو الشهادة وتاريخ نيلها	
مدة الدراسة الجامعية بالسنوات	
مدة التمرين (الطلاب الطب والتغذية وعلم النفس فقط)	

- ملاحظة:** - جميع المعلومات المدونة على هذا الطلب على مسؤولية صاحب العلاقة.  
- جميع المستندات المرفقة لا تعاد لصاحبها لأي سبب كان.  
- يُسمح بتقديم الطلب عن صاحب العلاقة فقط للوالد وللأم وللأخت وللأخ أو لمن لديه توكيل رسمي من كاتب العدل.

طابع مالي

توقيع صاحب الطلب: .....