

الاسم الكامل



الوظيفة

*الوظيفة
مكان العمل المفضل
السيرة الذاتية الوثائق المطلوب إرفاقها مع الطلب : (السيرة الذاتية ، صورة عن الهوية ، صورة عن شهادات الدراسة ، الخبرة والتوصيات إن وجد)
إضافة ملف جديد
حجم الملفات يجب أن يكون أقل من 1 MB
أنواع الملفات المسموحة: .pdf doc docx jpeg jpg gif png

معلومات شخصية

صورة شخصية
حجم الملفات يجب أن يكون أقل من 2 MB
أنواع الملفات المسموحة: .png gif jpg jpeg

(*اسم العائلة الحالي
*اسم العائلة السابق
*الاسم الشخصي كامل بالعربي
حسب جواز السفر)

الاسم الشخصي كامل بالإنجليزي*
(حسب جواز السفر)

رقم بطاقة الهوية كامل*
هل رقم هويتك فلسطيني؟*
نعم لا

اذا كانت هوية فلسطينية هل يوجد لديك تصريح ؟*

نعم لا ينطبق
عمل
شخصي
لم شمل

الجنس* ذكر

أنثى

تاریخ الولادة* الشهر
اليوم
سنة

مكان الولادة*
الوضع الاجتماعي*
متزوجة
مطلقة
أرملة
آخر

الوضع الاجتماعي*
عضو في صندوق المرضى لا ينطبق
مؤحيدة
ليؤميت
مكابي
كلاليل

العنوان الشخصي

المدينة*
الشارع
البلدة والحي*
صب
البريد الإلكتروني*

رقم الهاتف*
رقم الخلوي 1*
رقم الخلوي 2

بيانات الزوجة

الاسم الشخصي للزوجة
هل يعمل / تعمل ؟ لا ينطبق
نعم
لا

مكان العمل
نوع العمل
عضو في صندوق المرضى لا ينطبق
مؤحيدة
ليؤميت

مکابی
کلا لیت

رقم بطاقة الهوية
تاريخ الميلاد الدقيق
اليوم
سنة
الشهر

بيانات الابناء

رقم الهوية
الاسم

التاريخ الميلاد
اليوم
سنة

Order	الجنس	أبناء أكبر من ١٨ عام
Weight for row 1	لا ينطبق	ذكر
		أنثى

رقم الهوية
الاسم

التاريخ الميلاد
اليوم
سنة

اللغات

Order	المهارات اللغوية
Weight for row 1	اللغة*

القراءة*

Order

المهارات اللغوية

الكتابة

المحادثة

التحصيل العلمي
العنوان الحالي

التحصيل الثانوي

عدد سنوات التعليم
سنة التخرج الشهر
اليوم
سنة

اسم المؤسسة التعليمية
مكان المؤسسة التعليمية
التخصص الأساسي
الشهادة / اللقب
المعدل

التحصيل الجامعي

عدد سنوات التعليم
سنة التخرج الشهر
اليوم
سنة

اسم المؤسسة التعليمية
مكان المؤسسة التعليمية
التخصص الأساسي
الشهادة / اللقب
المعدل

دراسات عليا

عدد سنوات التعليم
سنة التخرج الشهر

اليوم
سنة

اسم المؤسسة التعليمية
مكان المؤسسة التعليمية
التخصص الأساسي
الشهادة / اللقب
المعدل

دورات ومهارات

دورات ومهارات (دورات تدريبية , ندوات , مؤتمرات , وورش عمل)
Order Weight for row 1

التراخيص الطبية الاسرائيلية
رقم الترخيص العام لمزاولة المهنة

التخصص
من تاريخ الشهر
اليوم
سنة

رقم ترخيص اخصائي (الاطباء فقط)

التخصص
من تاريخ الشهر
اليوم
سنة

رقم ترخيص اخصائي (الاطباء فقط)

التخصص
من تاريخ الشهر
اليوم
سنة

المرحلة أ من التخصص (للأطباء فقط)
نعم
لا

اسم المستشفى	المرحلة ب من التخصص (للأطباء فقط)
لا ينطبق	نعم
	لا

اسم المستشفى

الخبرات العملية بعد التخرج

الخبرات العملية بعد التخرج (يرجى إرفاق قسيمة الراتب) (التلوش) (من مكان العمل السابق + توصيات) اسم المؤسسة

شمولية الوظيفة (كامل/جزئي)	لا ينطبق
كامل	
جزئي	

الوظيفة	اسم المدير المباشر السابق
هاتف المدير المباشر السابق	الاجر الكلي في الونه الخيرة
سبب ايقاف العمل	العنوان

الاسماء الموضحة أدناه يعرفونني معرفة تامة وعلى استعداد لتقديم توصياتهم الخاصة بي

الاسماء الموضحة أدناه يعرفونني معرفة تامة وعلى استعداد لتقديم توصياتهم الخاصة بي الاسم

العنوان	رقم الهاتف
صلة القرابة	الوظيفة

أقرباء يعملون في صناديق مرضى سواء صندوق مؤحيدت ام صندوق آخر أو مراكز طبية اخرى أو مستشفيات

أقرباء يعملون في صناديق مرضى سواء صندوق مؤحيدت ام صندوق آخر أو مراكز طبية اخرى أو مستشفيات الاسم الشخصي
والعائلة

صلة القرابة	الوظيفة
-------------	---------

صندوق المرضى العامل به

اجير/مستقل	لا ينطبق
------------	----------

أجير	
مستقل	

التأكيد على النموذج هذه الخانة لاختبار ما إذا كنت زائراً بشرياً أو لمنع إرسال الرسائل غير المرغوب فيها تلقائياً.

Vertical Tabs

Copyright © 2019 AL HAYAT MEDICAL CENTERS. All rights reserved

[Beyond Designs](#) Web Development by: