



**QCHP**  
المجلس القطري للتخصصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



## تعميم رقم (2017/11)

من	المجلس القطري للتخصصات الصحية
إلى	• كافة الممارسين الصحيين في دولة قطر • كافة ضباط الإتصال بالمنشآت الصحية في دولة قطر
الموضوع	مواصفات السيرة الذاتية للممارس الصحي المرفقة في مرحلة التقييم.
التاريخ	4 مايو 2017

" تُهديكم إدارة التسجيل بالمجلس القطري للتخصصات الصحية أطيبَ التمنيات "

حرصاً من إدارة التسجيل في المجلس القطري للتخصصات الصحية على ضمان صحة ودقة المعلومات الواردة الى الإدارة، ولضمان وجود قاعدة بيانات شاملة لمعلوماتهم لغرض تسهيل عملية التقييم والتسجيل والترخيص، فقد تقرر ما يلي: على كافة الممارسين الصحيين إرفاق السيرة الذاتية في مرحلة التقييم، على ان تكون السيرة الذاتية مكتوبة بطريقة حرفية بحيث تخدم الغرض المقدمة من أجله، وأن تكون المعلومات الواردة بها ذات صلة بالسجل المهني الخاص بالممارس، وأن تكون شاملة للمعلومات التالية:

- البيانات الشخصية للممارس الصحي.
- جميع الشهادات والمؤهلات العلمية، موضحة تاريخ بداية ونهاية البرنامج الدراسي واسم المؤسسة التعليمية وبلد المنشأ.
- جميع الخبرات الإكلينيكية، موضحة المسمى الوظيفي، وجهة العمل، وتاريخ البداية والنهاية.
- بيانات التسجيل/الترخيص في البلد الأم أو البلاد التي عمل بها الممارس (إن وجدت).
- الأبحاث العلمية والأنشطة (إن وجدت).
- معرفين (اثنين على الأقل)

حيث يجب ان تكون المعلومات الخاصة بالمؤهلات العلمية والخبرة والتسجيل والواردة في السيرة الذاتية متطابقة مع المعلومات المقدمة الى شركة التحقق من الشهادات والوثائق Dataflow ومع الوثائق المقدمة لإدارة التسجيل والمرفقة في طلب التقييم/التسجيل الإلكتروني. وأي سيرة ذاتية لا تتطابق مع ما ذكر سابقاً سوف يقوم فريق التسجيل بإرجاع الطلب مما قد يؤثر سلباً على الوقت المستغرق في إكمال الطلب.

مرفقا نموذج للسيرة الذاتية والمعلومات المطلوب تعبئتها.

للاستفسار يرجى التواصل مع:

د. سومة التركي [seltorky@moph.gov.qa](mailto:seltorky@moph.gov.qa)

جواهر العلي [Jalali@moph.gov.qa](mailto:Jalali@moph.gov.qa)

فريق إدارة التسجيل/ المجلس القطري للتخصصات الصحية

شاكرين لكم حسن تعاونكم



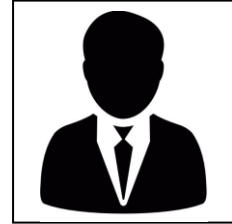
**QCHP**  
المجلس القطري للاختصاصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



## Practitioner Name

[Phone]

[E-mail]



### Educational Qualifications

#### Degree 1

University Name , Country  
(Start Date - End Date)

#### Degree 2

University Name , Country  
(Start Date - End Date)

*(Add more as applicable)*

### Internship

**(Start Date-End Date) – Institution Name – Job Posting**

- Responsibility 1
- Responsibility 2

### Clinical Experience (including training)

**Institution Name , Country**

Job Title  
(Start Date – End Date)

- Responsibility 1
- Responsibility 2

**Institution Name , Country**

Job Title  
(Start Date – End Date)

- Responsibility 1
- Responsibility 2

*(Add more as applicable)*

### License

**License Title 1**

Authority Name, Inclusive Years

*(Add more as applicable)*



**QCHP**  
المجلس القطري للاختصاصات الصحية  
Qatar Council for Healthcare Practitioners



<b>Training Courses</b>	Course Name 1 , Country, Date attended
	Course Name 2 , Country, Date attended

<b>Publications</b> (if applicable)	(Follow AMA or Vancouver style while referencing)
--	---

<b>References</b>	(Name) (Institution Name, Designation) (Contact details)
	<b><i>Provide at least two references</i></b>

<b>Declaration</b>	<b>I hereby declare the above mentioned information is true and verifiable to the best of my knowledge and I bear responsibility for the correctness of the above mentioned particulars.</b>
	Date: _____ Signature: _____