

Saudi Commission

For Health Specialties

Date: - - 20



الهيئة السعودية للتخصصات الصحية

يرجى إصاق
صورة حديثة
Please affix
Recent Photo
here

استمارة التصنيف والتسجيل المهني

APPLICATION FORM FOR ACCREDITATION AND PROFESSIONAL REGISTRATION

1. PERSONAL INFORMATION

1. المعلومات الشخصية

العائلة	الجد	الأب	الاسم الأول

First Name	Middle	Third	Family Name

مكان الميلاد Place of birth	تاريخ الميلاد "بالميلادي" Date of Birth	رقم الجوال Mobile No.	رقم الهوية ID/Iqama/Passport NO.
	Y M D		
بلد الإقامة الحالي Country of current Residence	الرمز البريدي Postal Code	المدينة City	ص.ب P.O.Box

فصيلة الدم Blood Group	الجنس Gender	الجنسية Nationality

E-mail address	
----------------	--

2.SPONSOR INFORMATION اسم وعنوان جهة عملك الحالي

Place of work				مقر العمل
	P.O.Box ص.ب	المدينة City		الرمز البريدي Postal Code
	Tel No هاتف	تحويلة Ex		فاكس Fax

3. Information Relevant to Your Professional Practice.

3. معلومات خاصة بالممارسة المهنية.

<input type="checkbox"/> Has there been any change in your professional title? <input type="checkbox"/> If yes, please indicate and attach proof.	<ul style="list-style-type: none"> هل سبق ان حصل تعديل على لقبك المهني؟ اذا كان الجواب بـ نعم ، أرفق ما يثبت ذلك.
Current Title	اللقب المهني الحالي
Previous Title	اللقب المهني السابق

Have you ever been accredited / registered by the commission before?	No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل سبق أن قمت بالتصنيف / التسجيل المهني لدى الهيئة؟
If Yes, please write your accreditation / registration Number.			اذا كان الجواب بنعم / اكتب رقم التصنيف / التسجيل المهني.

If Not , and willing to accredit another degree, Please the second page: اذا كان الجواب بـ لا / أو ترغب في تصنيف مؤهلات إضافية يرجى تعبئة الصفحة التالية :

المؤهلات

3

مصدر Certificate issued by	التخصص العلمية Specialty	الشهادة Certificate

الرجاء

تحديد

الشهادة

(

الشهادات

التي

ترغب

في

2

3

4

5

4. Educational Qualification

رقم / التدريب Duration of Study/Training	تاريخ Graduation date	البلد Country
1		
2		
3		
4		
5		

❖ Experiences

❖ الخبرات

<input type="checkbox"/> Your Current Professional Title:		<input type="checkbox"/> درجتك المهنية الحالية:
<input type="checkbox"/> Specialty :		<input type="checkbox"/> التخصص:
<input type="checkbox"/> Date of Current Professional Title Acquired :		<input type="checkbox"/> تاريخ الحصول على الدرجة المهنية الحالية:

← الرجاء استخدام الجدول التالي وملاحظة ما يلي : → Please use the following table and note :

- Mention the name and location of the hospital/health center where you worked. اذكر اسم ومكان المستشفى او . المركز الذي عملت به
- Mention whether it was a full time (FT) or part time (PT). If it was part time, please state the number of session you worked per week. اذكر ما اذا كان . عدد ساعات العمل الاسبوعية . العمل دواما كاملا او جزئيا. فإذا كان العمل جزئيا
- Describe precisely each specialty in which you worked (e.g. general medicine, geriatric medicine, orthopedic surgery, ...etc.) and the degree / title of the post (صف كل ، جراحة تقويم العظام ... الخ) ، والدرجة / اللقب المهني

الخبرة / التدريب الذي سبق الحصول على الشهادة / الشهادات المراد تصنيفها

Training experience preceding attainment of the certificate (s) to be accredited.

	اللقب المهني Title of the post	كامل / جزني F/T or P/T	التخصص Specialty	الى To M / Y	من From M / Y	اسم المستشفى / المركز Hospital(s) where post were held
1				/	/	
2				/	/	
3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	

الخبرة اللاحقة للحصول على الشهادة للخمس سنوات
الاخيرة

Experiences following attainment of the certificates for last five years

	اللقب المهني Title of the post	كامل / جزني F/T or P/T	التخصص Specialty	الى To M / Y	من From M / Y	اسم المستشفى / المركز Hospital(s) where post were held
1				/	/	
2				/	/	

3				/	/	
4				/	/	
5				/	/	
6				/	/	
7				/	/	

← يرجى الإجابة على الاستفسارات التالية : → Please answer the following declarations :

1) Have you ever applied anywhere for a professional

هل سبق لممارسة أن المهنة رفض لك الصحية ؟ طلب تقدمت به للتسجيل أو YES NO

and had such application rejected? 2) Have you ever had your professional license,

هل إجازتك سبق أن لممارسة أوقف أو المهنة حظر أو الصحية ؟ الغي ترخيصك أو YES NO

3) Have you ever had voluntarily surrendered your professional license, certificate of registration or YES NO

4) Have you ever been abused or addicted to alcohol or YES NO

currently using it? YES NO

بأستخدامها حالياً ؟

5) Do you have any illness, disabilities or contagious YES NO

6) Have you ever been found guilty of professional

- أو هل أدنت سبق بأيان أدنتمخالفة أو بسوء إتهام تصرف جنائي؟ مهني أو YES NO misconduct, incompetence, convicted of any violation
- 6) Have you ever agreed to settlement to avoid any proceeding or disciplinary action in respect of your professional conduct, competence or capacity? YES NO هل تأديبي سبق أن متعلق وافقت بالسلوك علناً أو لتساوية الكفاءة أو لتفادي الأهلية؟
- 7) Have you ever been convicted concerning your professional practice or is there any current trail against you? YES NO هل توجد ضدك نتائج تحقيق قضائي من قبل أي محكمة في أمر مهنة؟
- 8) Have you ever resigned from a hospital or health facility to avoid disciplinary action? YES NO هل سبق أن تقدمت باستقالتك عن العمل بمستشفى أو مؤسسة صحية لتفادي إجراء تأديبي؟
- 9) Have you ever had your privileges suspended, reduced or changed for any cause by a hospital or other health facility? YES NO هل سبب منسحب انقبيل أي أوقفت لك مستشفى أيأو جهة امتيازات صحية؟
- 10) Has your name ever been placed on a list restricting your purchasing or prescribing of narcotic or restricted drug? YES NO هل وصفة أدرج لأدوية اسمك مخدرة أو ضمن قائمة ممنوعة؟ ممنوعين من شراء أو إعطاء
- 11) Have you ever withdrawn, been suspended, or been expelled from any health professional school or facility, or postgraduate training program? YES NO هل انسحبت أو حرمت أو فصلت من أي مدرسة أو كلية صحية أو برنامج دراسات عليا؟
- 12) Have you ever discontinued the practice of health professional for any reason for one year or more? YES NO هل توقفت عن ممارسة المهنة الصحية لأي سبب لمدة سنة أو أكثر؟
- 13) Is there any event, circumstance, conditions or matter not disclosed in your answers to the preceding questions in respect of your character, 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? YES NO هل هناك أي حادثة أو ظرف أو حالة أو أمر لم يتم التطرق إليه خلال إجابتك على الإستفسارات السابقة المتعلقة بشخصيتك أو أدائك أو أهليتك للعمل والتي يمكن أن تكون عائقاً لطلب تسجيلك لممارسة المهنة الصحية بالمملكة العربية السعودية؟

ملاحظة : إذا كانت إجابتك بنعم على أي من الاسئلة المبينه أعلاه يرجى إعطاء تفاصيل كاملة عنها في ورقة منفصلة.

Note: If you have answered yes to any if the above, please give a full detail on a separate sheet of paper.

Date التاريخ

Name الاسم/

توقيع صاحب الطلب
Applicant Signature

❖ Requirements:

❖ المتطلبات:

📁 Please enclose the following required documents:

📁 الرجاء ارفاق الوثائق المطلوبة الآتية:

1) Certified copies of qualification with the original for verification.

1) صورة الشهادة موثقة مع الأصل للمطابقة.

2) Original or certified experience certificate with the original for Comparison.

2) صورة لشهادة الخبرة موثقة مع الأصل للمطابقة.

3) Certificate/Letter as a proof of current professional title.

4) Professional license if available.

5) Copy of the identification Card / Iqama / Passport.

6) Fees receipt.

7) Two Recent Photo.

3) شهادة أو خطاب باللقب المهني الحالي.

4) شهادة الرخصة المهنية إن وجدت.

5) صورة من الهوية / أو الإقامة / أو الجواز.

6) إيصال دفع الرسوم

❖ Important Notes:

❖ تعليمات هامة:

7) عدد (2) صورة شمسية حديثة.

- ❖ The applicant once has been registered, is required to inform the Council of any change in his/her post, address or any information relevant to registration. Failure to do so is considered as violation of this application.
- ❖ If the applicant wishes to renew his/her registration for 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.
- ❖ **The duration of registration:** Three years for nonSaudis and five years for the Saudis.
- ❖ **Registration might be prematurely suspended and/or revoked in the following conditions:**
 - a) Proof of professional misconduct.
 - b) Violation of the ethics and codes of professional practice.
 - c) Inability to practice because of contagious disease, physical and/or mental handicap.
 - d) On the basis of a verdict / a medico legal committee recommendation.
 - e) For common interest.

❖ على المتقدم بعد اكتمال التسجيل إخطار الهيئة بأي تعديل في وظيفته او عنوانه او أي معلومات لها علاقة بالتسجيل، وأي تقصير في هذا الصدد يعتبر مخالفا لطلب التسجيل.

❖ إذا رغب مقدم الطلب في تعديل تسجيله لدرجة مهنية مختلفة أو تأهيل إضافي فقد يترتب على ذلك إجراء تصنيف مهني في مجال تخصصه.

❖ **مدة التسجيل:** ثلاث سنوات لغير السعوديين وخمس سنوات للسعوديين

❖ **يجوز وقف التسجيل و / أو إلغائه قبل إنتهاء مدته في الحالات التالية:**

- 1) ثبوت قصور مهني.
- 2) الإخلال بنظام أو اخلاقيات مزاولة المهنة.
- 3) العجز الجسماني و / أو العقلي عن مزاولة المهنة أو بسبب مرض معدي.
- 4) بناء على قرار / توصية من لجنة طبية شرعية.
- 5) المصلحة العامة.