



نموذج طلب إعادة رصد نتيجة

To be filled by the candidate				يكمل هذا الجزء من المتقدم			
First Name	Middle Nmae	Third Name	Family Name	العائلة	اسم الجدد	اسم الأب	الاسم الأول
Request/Registration No :		رقم التسجيل :		ID/Iqama No:			رقم الهوية :
Mobile No :							رقم الجوال :
البريد الإلكتروني - Email							
						@

Date of Evaluation :			تاريخ التقييم :
Specialty :			الاختصاص :
Final Exam الاختبار النهائي <input type="checkbox"/>		Licensing Exam اختبار ترخيص مهني <input type="checkbox"/>	
Final Clinical Exam اختبار نهائي سريري <input type="checkbox"/>		Part One Exam اختبار جزء أول <input type="checkbox"/>	
Evaluation تقييم <input type="checkbox"/>		Promotion Written Exam اختبار نهاية السنة الكتابي <input type="checkbox"/>	
نوع التقييم :			

Fees paid تم سداد الرسوم

	التاريخ Date		توقيع المتقدم Signature
--	-----------------	--	----------------------------

ملاحظة :

- يتم التعامل مع الطلب بناء على سياسة إعادة رصد النتيجة .
- لا يتم إطلاع المتقدم على الأسئلة أو الاجابات أو التقييم ، وإنما يتم رفع طلبه إلى لجنة مختصة للنظر فيه .
- يتم دفع رسوم ٥٠٠ ريال ويرفق الإيصال مع هذا الطلب .
- يجب رفع الطلب خلال اسبوعين (كحد أقصى) من تاريخ إعلان النتيجة المعنية .