



نموذج اعتراض على آلية اختبار/ تقييم

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

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

Fees paid تم سداد الرسوم

Details of the objection - تفاصيل الاعتراض		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
	التاريخ Date	توقيع المتقدم Signature

ملاحظة :

- يتم التعامل مع الطلب بناء على سياسة الاعتراض على آلية الاختبار/التقييم .
- يتم دفع رسوم ١٠٠٠ ريال ويرفق الإيصال مع هذا الطلب .