



كلية العلوم الصحية بالليث

تعهد

أتعهد أنا الطالب/ة _____ بأن اختياري
للتدريب بسنة الامتياز في مستشفى / الشؤون الصحية _____
بمدينة / محافظة _____ من تاريخ _____ وحتى
تاريخ _____ وهو الاختيار والرغبة النهائية وأني لن أطلب تغيير المكان
خلال الفترة المعلنة أعلاه.

وفي حالة أنني أطلب تغيير المكان أعلم بأن ذلك سيترتب عليه تأخير تخرجي من
كلية العلوم الصحية. وتأجيل الانتهاء من متطلبات سنة الامتياز للعام القادم بناءً
على التغيير وذلك تماشياً وتنفيذاً لتوجيهات إدارة التدريب بالشؤون الصحية بعدم
التغيير والإلتزام بالإختيار الموقع في هذا التعهد.

والله ولي التوفيق

الاسم: _____

الرقم الجامعي: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____