



رقم المحفوظات :  
رقم الصادر :  
بيروت في :

## طلب إفادة إقرار باختصاص طبي في لبنان

### خاص بالمستدعي

الإسم: ..... إسم الأب: ..... الشهرة: ..... إسم الأم: .....

الجنس:  ذكر  انثى رقم السجل: .....

محل الولادة (حسب بطاقة الهوية)

المحافظة : ..... القضاء : ..... البلدة : .....

تاريخ الولادة: .. / .. / ..

إسم الشهادة الجامعية: ..... البلد: .....

إسم الجامعة / المعهد: ..... التاريخ: .. / .. / ..

البريد الإلكتروني: ..... رقم الهاتف: .....

رقم إجازة معاونة مهنة الطب العام (في حال وجودها): ..... التاريخ: .. / .. / ..

أنا الموقع أدناه أطلب من جانب وزارتك الكريمة إعطائي إفادة رسمية تفيد بإقرار القوانين والأنظمة اللبنانية باختصاص ..... وإمكانية العمل به في لبنان عند العودة إليه.  
كما أفيد بأن هذه المعلومات صحيحة وأتحمل كامل المسؤولية وفقاً للقوانين المرعية الإجراء.

الإسم: ..... إسم الأب: ..... الشهرة: ..... التاريخ: .. / .. / ..

التوقيع: .....

### لا يقبل تسجيل الطلب ما لم تكن جميع المستندات الأساسية التالية مرفقة

- نسخة مصدقة عن اخراج قيد افرادي او صورة عن الهوية أو جواز سفر صالح
- نسخة مصدقة عن شهادة الطب العام
- نسخة مصدقة عن إجازة ممارسة المهنة في حال الحصول عليها
- المستند الذي يبرر طلب الإفادة