



رقم مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

## تقرير كفاءة عن فترة عمل

أكمل هذا الجزء و أرسل هذا النموذج إلى مسئول التمريض/القبالة الذي أشرف على فترة عملك و يستطيع الإفادة عن قدراتك المهنية . تأكد من كتابة رقم طلبك قبل إرسال هذا النموذج.

إسم مقدم الطلب \_\_\_\_\_  
الأول \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
الوسط \_\_\_\_\_  
الأخير \_\_\_\_\_  
تاريخ التوظيف من : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
المهام الوظيفية: \_\_\_\_\_

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

بعد التحية ،،،،

صاحب هذا الطلب تقدم للحصول على ترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في دولة الإمارات العربية المتحدة، و قد ذكر لنا في طلبه بأنه يعمل حالياً أو قد عمل سابقاً لدى مؤسستكم . نشكر مساعدتكم لنا في تقييم طلبه بإكمال هذا النموذج المرفق و وضعه في مغلف يختم من الخارج و يرسل مباشرة إلى وزارة الصحة على العنوان المذكور أعلاه . تأكد من أن هذه المعلومات سوف تحفظ بسرية تامة (لا يقبل هذا النموذج في حالة استلامه مفتوحاً بعد إملانه).

- اسم المؤسسة : \_\_\_\_\_
- عنوان المؤسسة : \_\_\_\_\_
- تاريخ التوظيف: من \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- نوع العقد :  دائم  جزئي عدد ساعات العمل الأسبوعية : \_\_\_\_\_
- يعمل المذكور ك:  ممرض قانوني (ممرض مستوى أول)  قابلة قانونية
- ممرض عملي (ممرض مستوى ثاني/ممرض مساعد)  مساعدة قابلة
- غير الفئات المذكورة أعلاه، يرجى التحديد \_\_\_\_\_
- المسمى الوظيفي : \_\_\_\_\_
- المهام الوظيفية : \_\_\_\_\_

(مثلاً : باطني/جراحي/أطفال/عيادات خارجية/صحة مدرسية/أسنان الخ....)

يرجى وضع علامة  في الخانة المناسبة التي تعكس رأيك المهني عن مقدم هذا الطلب :

غير ملحوظ	لا يتوافق مع المستوى المطلوب في المؤسسة	يتوافق مع المستوى المطلوب في المؤسسة	عناصر التقييم
			يُظهر القدرة على تنفيذ أعمال التمريض/القبالة بكفاءة و فعالية
			يدون و يُبلغ بشكل صحيح و دقيق عن طريقة أداء الخدمة و الرعاية التمريضية
			يلتزم بالقوانين و اللوائح و التعليمات المعمول بها في المؤسسة
			يُظهر الاهتمام في العلاقات المهنية مع المرضى و عائلاتهم و مع زملائه في العمل
			حسن السمعة و السيرة
			يتبادل المعلومات و يتعاون مع زملائه في العمل من أجل تقديم الخدمة و الرعاية التمريضية
			يقوم بالواجبات الموكلة له بفعالية و في وقتها المحدد
			يعمل بفعالية على تثقيف المرضى و عائلاتهم
			يُظهر القدرة على مواجهة مشاكل العمل
			يتخذ القرارات المناسبة عند قيامة بالأعمال الموكلة إليه
			يُظهر جدارة في العمل
			يلتزم بتطوير و تنمية مهارته و معلوماته المهنية مع المحافظة عليها

ملاحظات

توقيع \_\_\_\_\_  
تاريخ إملاء النموذج \_\_\_\_\_  
التاريخ و التوقيع \_\_\_\_\_  
إسم مسؤول التمريض/القبالة الذي أكمل هذا النموذج \_\_\_\_\_  
المسمى الوظيفي \_\_\_\_\_  
إسم رئيس هيئة التمريض / المسئول الطبي في المؤسسة \_\_\_\_\_  
المسمى الوظيفي \_\_\_\_\_

الختم الرسمي