



شروط الالتحاق ببرنامح ماجستير مكافحة العدوى:-

١. أن يكون سعودي/ة الجنسية.
٢. أن يكون المتقدم أحد منسوبي ديوان الوزارة ومديريات الشؤون الصحية بالمناطق والمحافظات.
٣. ألا يتجاوز عمر المتقدم/ه عن ٤٠ سنة.
٤. أن يكون المتقدم/ه قد أمضى سنة على الأقل في الخدمة الحكومية ويستثنى من ذلك الأطباء.
٥. أن يكون المتقدم/ه لديه شهادة خبرة لا تقل عن عامين في مجال مكافحة العدوى.
٦. ألا يقل تقدير الأداء الوظيفي للموظف لأخر سنة عن (جيد جداً)
٧. ألا يكون المرشح ممن أخل بواجباته الوظيفية أو صدرت بحقه عقوبة تأديبية جراء تقصير في أداء العمل خلال العامين السابقين للترشيح وألا يكون محالاً إلى التحقيق أو مكفوف اليد أو طرفاً في قضية قائمة.
٨. ألا يكون المتقدم ممن سبق أن تم إيفاده/ها أو ابتعائه/ها وأنهيت بعثته/ها أو إيفاده/ها دون الحصول على المؤهل نتيجة إهمال أو تقصير منه أو لضعف مستواه الدراسي أو لإخلاله بواجباته كمبعث أو موفد للدراسة.
٩. أن تكون كافة بياناته الشخصية والوظيفية محدثة على نظام إدارة الموارد البشرية (موارد).
١٠. تعبئة استمارة طلب الموافقة على الترشيح لإيفاد كاملة واعتمادها من أصحاب الصلاحية قبل تقديم الطلب.
١١. حصول المتقدم/ه على درجة البكالوريوس في إحدى التخصصات التالية (الطب، طب الأسنان، تمريض، صيدلة، مختبرات طبية) بتقدير جيد على الأقل من إحدى الجامعات المعتمدة من قبل وزارة التعليم وفي حال حصول المتقدم على مؤهل من جامعات خارج السعودية يجب على المتقدم إرفاق معادلة الشهادة من قبل وزارة التعليم.
١٢. أن يكون المتقدم/ه حاصل على شهادة تصنيف سارية من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
١٣. يجب أن يكون المتقدم/ه حاصل على درجة (٥,٥) فأعلى في اختبار تحديد مستوى اللغة الإنجليزية (IELTS) أو ما يعادله في الاختبارات المعتمدة الأخرى (TOFEL, STEPS).
١٤. ألا يكون المتقدم/ه مسجل في برنامج آخر خلال فترة الدراسة.
١٥. اجتياز المتقدم/ه المقابلة الشخصية.
١٦. تعبئة النموذج الإلكتروني الخاص (<https://hsp.moh.gov.sa/Survey/1KVF5kmp5Qk1>).



المستندات والوثائق المطلوبة: -

١. تعبئة استمارة الترشيح. المرفقة بالإعلان معتمدة من قبل أصحاب الصلاحية.
٢. صور من بطاقة الهوية الوطنية.
٣. صور مصدقة من أخر مؤهل دراسي موضحاً به المعدل التراكمي والسجل الأكاديمي مع ضرورة إرفاق قرار المعادلة الشهادة للحاصلين على المؤهل من خارج المملكة.
٤. صورة من تقييم الإداء الوظيفي لأخر سنه
٥. بيان خدمة للموظف حديث ومصدق.
٦. صور من شهادة التصنيف سارية من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
٧. صورة من السيرة الذاتية.
٨. خطابان توصية من استشاريين.
٩. خطاب خبرة في مجال مكافحة العدوى لمدة عامين من إدارة مكافحة العدوى بالمنطقة أو منشأة صحية.
١٠. صورة من اختبار تحديد مستوى اللغة الإنجليزية لم يمضي عليه أكثر من سنتين.
١١. تعبئة نموذج التعهد الإلزامي من قبل إدارة التدريب على الموافقة على التحول المؤسسي في حال إقراره لدى الملاك الوظيفي لموظفي الخدمة المدنية.

آلية التقديم:

١. التأكد من تعبئة النموذج الإلكتروني الخاص للتقديم عبر الرابط الموضح أدناه
<https://hsp.moh.gov.sa/Survey/1KVF5kmp5Qk1>
٢. اجتياز المقابلة الشخصية بعد اكتمال الفرز الأولي.
٣. طباعة استمارة الترشيح المرفقة بالإعلان مع تعبئة كافة الحقول واعتمادها من قبل أصحاب الصلاحية.
٤. تقديم طلب الإيفاد بعد توفر جميع المستندات والوثائق المطلوبة.
٥. اعتماد الطلب وإرسال الترشيح بعد المطابقة من قبل إدارة الشؤون الأكاديمية والتدريب بالمنطقة/المحافظة وإرسالها إلى الإدارة العامة لمكافحة عدوى المنشآت الصحية.

ملاحظة:

- سيتم إقفال الترشيح يوم الخميس بتاريخ ١٤٤٢/١٢/٢٦هـ الموافق ٢٠٢١/٠٨/٠٨م.
- سيتم استبعاد أي طلب غير مكتمل حسب الشروط الموضحة أعلاه
- سيتم عقد المقابلات الشخصية للمرشحين في مدينة الرياض.

استمارة طلب ترشيح

١. معلومات عن مقدم الطلب

الاسم	السجل المدني	رقم الجوال	آخر مؤهل دراسي	تاريخه
				١٤ / / هـ

نوع الوظيفة	مسمى الوظيفة	جهة العمل الحالية	بداية الخدمة في الدولة
			١٤ / / هـ

- ابتعاث خارجي
 إيفاد داخلي
 تدريب خارجي (برنامج تدريبي مدته تتراوح من ٦ أشهر إلى سنة دراسية ولا ينتهي بمؤهل)

٢. معلومات عن الطلب

التخصص / عنون البرنامج	الدرجة العلمية	الجهة التعليمية/التدريبية	الدولة / مقر الدراسة أو التدريب
نوع البرنامج	مدة البرنامج	تاريخ البداية	تكلفة الدراسة/التدريب

هل أنت مسجل حالياً في أي برنامج دراسي أو متقدم لبرنامج؟

نعم (وفي حالة الإجابة بنعم الرجاء ذكر:.....)

لا

استمارة طلب ترشيح

٣. إقرار مقدم الطلب

إقرار مقدم الطلب

أتعهد أنا الموظف الموضح بياناتي أعلاه بالموافقة على التحول المؤسسي في حال إقراره لدى ملاكي الوظيفي سواء أثناء سريان قرار إفادي/ابتعائي أو بعد نهايته نظراً لعملي المسبق بتوجه الوزارة إلى التحول المؤسسي في جميع قطاعاتها الصحية.

كما أقر أنا المتقدم على برنامج الماجستير في مكافحة العدوى بجامعة الفيصل للعام الدراسي ١٤٤٢هـ. الموافق ٢٠٢١ م بأنني أطلعت على كافة الشروط والضوابط والتعليمات الخاصة بالترشيح و أن جميع بياناتي والمرفقات في الطلب مكتملة وصحيحة ومطابقة للأصول وتحت مسؤولتي، وإذا ظهر ما يخالفها أكون مسؤولاً كاملاً عن هذا الخطأ، وفي حال القبول المبدئي للبرنامج واجتياز المقابلة الشخصية سيتم إعطاء الجهة المعنية المعلومات اللازمة و كافة المستندات والوثائق المطلوبة الموضحة سابقاً خلال أسبوع واحد فقط من تاريخ الإبلاغ، وفي حال التأخير في التسليم المستندات والوثائق المطلوبة سيكون من حق الجهة المسؤولة عن البرنامج استبعاد الطلب.

التوقيع:

الاسم:

أقر بأنني أطلعت على كافة الشروط والضوابط والتعليمات الخاصة بالترشيح وان جميع المرفقات في الطلب مكتملة ومطابقة للأصول وفي حال عدم اكتمالها سيتم استبعاد الطلب. وأن التقديم لا يعتبر موافقة نهائية حتى صدور القرار.

التوقيع:

الاسم:

مقدم الطلب

٣. موافقة أصحاب الصلاحية

موافقة المدير المباشر: مدير المستشفى/ المركز الصحي / الإدارة	الاسم:
	التوقيع:

موافقة مدير الشؤون الأكاديمية والتدريب بـ: المنطقة/المحافظة	الاسم:	موافقة الإدارة المختصة بـ: المنطقة/المحافظة	الاسم:
	التوقيع:		التوقيع:

اعتماد مدير عام/مدير الشؤون الصحية بـ: المنطقة/المحافظة/ مدير عام بديوان الوزارة	الاسم:	التاريخ:
	التوقيع:	الختم: