|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **رئاسة جامعة بغداد** |  |  |
|  **عمادة كلية طب الكندي** |
| **التسجيل** |  |  |

**كفالة ضامنة** |  |

**اني الموقع ادناه:**

**الساكن في محافظة / حي / محلة / زقاق / دار/**

**الموظف في:**

**العنوان الوظيفي:**

**وحسب الهوية الوظيفية رقم: الصادرة من:**

**وبصفتي كفيل الطالب ................................................**

 **اكون ملزما بالتضامن معه بتنفيذ كافة شروط تعهد قبول الطلبة في كلية طب الكندي وفي حالة عدم الالتزام باحد بنود التعهد فاني مستعد لدفع كافة المبالغ المالية المترتبة وفق ذلك من اموالي المنقولة وغير المنقولة دون الحاجة الى انذار رسمي او مراجعة المحاكم .**

**هاتف الكفيل :-**

**العنوان الدائم لمحل سكنه :-**

**رقم وتاريخ شهادة الجنسية العراقية للكفيل :-**

**رقم وتاريخ هوية الاحوال المدنية للكفيل :-**

**رقم بطاقة السكن :-**

**رقم البطاقة التموينية :-**

**المرفقات**

* **كتاب من دائرة الكفيل يبين مقدار الراتب والاستمرارية بالخدمة لغرض كفالة الطالب ( بذكر اسم الطالب)**
* **نسخة ملونة من المستمسكات اعلاه.**

 **توقيع :-**

 **الاسم الثلاثي للكفيل :-**

**مصادقة الممثل القانوني لكلية**