



بطاقة التسجيل في امتحان  
المصادقة على الكفاءات المهنية المكتسبة عن طريق الخبرة

الاسم: .....

اللقب: .....

الهاتف: .....

البريد الإلكتروني: .....

العنوان: .....

التخصص المراد في المصادقة: .....

الخبرة (سنوات العمل): .....

تملاً الاستمارة و ترسل عبر الفاكس (023) 86.27.81/82 او البريد الالكتروني : dg.ondfoc@gmail.com