

أستمارة معلومات خاصة بتعادل الشهادة

بكالوريوس

الجامعة:	الدولة :
الاختصاص:	مدة الدراسة :
نظام سنوي او مقررات :	تاريخ بدء الدراسة :
البريد الالكتروني :	تاريخ التخرج :

ماجستير

الجامعة :	الدولة :
الاختصاص :	تاريخ بدء الدراسة :
كورسات أو (كورسات + بحث) :	تاريخ التخرج :
عنوان البحث :	البريد الالكتروني :

دكتوراه او كانديدات

الجامعة :	الدولة :
الاختصاص :	تاريخ بدء الدراسة :
عنوان البحث :	تاريخ التخرج :
البريد الالكتروني :	

❖ ملاحظة / يرجى تثبيت المعلومات الخاصة بالشهادة السابقة للشهادة المراد تقييمها .

الرجاء ادراج مختلف النشاطات البحثية المستقلة من رسالة الماجستير او اطروحة الدكتوراه التي قمت بها خلال فترة دراستك عن طريق تعبئة الحقول ادناه :

1- براءات الاختراع

ت	عنوان براءة الاختراع	الرقم الدولي لبراءة الاختراع	الدولة التي تم نشر براءة الاختراع فيها
-1			
-2			
-3			
-4			

2- البحوث العلمية المنشورة في مجلات رصينة

ت	اسم المجلة	العدد	الناشر	ISSN	معامل التأثير العلمي
-1					
-2					
-3					
-4					

3- الكتب والبحوث المنشورة على شكل فصل في كتب بحثية

ت	عنوان البحث	عنوان الكتاب ونوعه	الناشر	سنة النشر
-1				
-2				
-3				
-4				

الرقم الإلكتروني :

التوقيع:



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
دائرة البعثات و العلاقات الثقافية

تعهد خطي

أني أتعهد بان جميع الوثائق والشهادات المقدمة من قبلي لغرض التقييم والتصديقات المثبتة عليها أصولية وقانونية ، وحسب تعليمات وأسس وظوابط التعادل للشهادات والدرجات العلمية العربية والاجنبية رقم (5) لسنة 1976 والالتزام بقرارات اللجنة العلمية المختصة بمعادلة الشهادات ، وبخلاف ذلك اتحمل التبعات القانونية كافة ومن ضمنها الغاء قرار التقييم واحالة الموضوع الى القسم القانوني ولاجله وقعت .

العنوان الكامل : المدينة /	المحلة /	الزقاق /	الدار /
رقم هوية الاحوال /	محل الاصدار /	تاريخ الاصدار /	
رقم شهادة الجنسية /	رقم المحفظة /	تاريخ الاصدار /	
الموبايل /	البريد الالكتروني /		
رقم الجواز /			
الاسم في الجواز (العربي) /			
الاسم في الجواز (الانكليزي) /			

التوقيع /

التاريخ /



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
دائرة البعثات و العلاقات الثقافية

تعهد خطي / لغير الموظفين

أني أتعهد بكوني غير موظف ولم يسبق لي التعيين في اي دائرة من دوائر الدولة الرسمية وبعكسه اتحمل كافة التبعات القانونية ولاجله وقعت .

العنوان الكامل : المدينة /	المحلة /	الزقاق /	الدار /
رقم هوية الاحوال /	محل الاصدار /	تاريخ الاصدار /	
رقم شهادة الجنسية /	رقم المحفظة /	تاريخ الاصدار /	
الموبايل /	البريد الالكتروني /		

التوقيع /

التاريخ /



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
دائرة البعثات و العلاقات الثقافية

تعهد خطي

أني الموقع ادناه أتعهد بأنه لدي اقامة متصلة في
بلد دراستي حسب تعليمات واسس التعادل للشهادات والدرجات العلمية العربية والاجنبية رقم (5)
لسنة 1976 وخلال فترة الدراسة ، وبخلاف ذلك أتحمل كافة التبعات القانونية بضمنها إلغاء قرار
التقييم .

الاسم /

رقم جواز السفر/

التوقيع /

التاريخ /



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
دائرة البعثات و العلاقات الثقافية

تعهد / للموظفين

أني أتعهد بكون دراستي تمت وفق التعليمات والظوابط النافذة بخصوص دراسة الموظفين وفق القنوات الرسمية المخصصة لذلك (بعثة ، زمالة ، اجازة دراسية) ، وتتوفر لدي جميع الاوامر الوزارية والادارية الخاصة بذلك .

الاسم /

رقم جواز السفر/

التوقيع /

التاريخ /

Authorisation

To :

Dear sir / madam

I authorize the embassy of the republic of Iraq / culture attaché in
to verify the authenticity and any other information regarding
my certificate in that I
obtained From you on

Yours faithfully

Full name /
Date of birth /
Tel /
E- mail /

Signature:

Date:

Authorisation (USA)

Embassy of the republic of Iraq

Cultural office 1938 R ST NW , Suite 220

Washington, D C. 20009

Authentication department

Tel: 202-558-7696 / Fax: 202-986-2291

Academic Progress Release Form

School Name :

School Address :

City : State: Zip:

This is to authorize access of my academic progress or any other information pertaining to my enrollment to :

Embassy of the republic of Iraq

Cultural office

1938 R ST NW , Suite 220

Washington, D C. 20009

Student s first name: M .Name:

Last Name:

Date of Birth(mm/dd/yyyy) :/...../.....

School ID :

SSN :

Date attended from(mm/dd/yyyy) :/...../.....

Degree :

Signature :

Date (mm/dd/yyyy) :/...../.....

Cultural office of the Embassy or Iraq:

Name :

Signature :

Confirmed by (University / College / School) Representative :

Register Name :

Signature and stamp :

Address and phone :

Date :/...../.....