

CV & Need Assessment Form

ژانیری لهسهه پهرستیاری کاندید

Please fill on the following forms; it aims to determine your needs and expectations for the training

تکایه ئەم ژانیریانه هه بکوه به شیوههکی راست و درووست

1. Curriculum Vitae

1- ژانیری کهسپهتی (په بکریتهوه له لایهن کارمهنده و پهستیاریان)

| | |
|---|--|
| Full Name of Staff ناوی سپانی | |
| E-mail نیمیل | |
| Mobile No. ژمارهه موبایل | |
| Gender ههگهه | |
| Marital status باری خیزانی | |
| Date of Birth بهرواری له دایک بوون | |
| Educational qualifications ئاستی خویندن | |
| Place of work (شوینی) کارکردن | |
| Year of services in public health sector سالانی خزمهتکردن له بواری تهندروستی گشتی | |
| Years of services in the current position سالانی خزمهتکردن له شوینی ئاستادا | |
| Languages شارهزایی زمان ئینگلیزی عهرههه زمانی تر | |
| Place of work شوینی کارکردن | |

2. Need Assessment (هه‌سه‌نگاندن)

1. Name of the training activity

(ناوی خولانه‌ی به‌شدای تیا کردووہ)

2. Describe the required competencies you would like to achieve in the training

توانست و به‌هره و شاره‌زایی چیه؟ بو جیبه‌جیکردنی له مه‌شقدا . ؟

3. What are the main functions that you are doing at your department?

ئهو ئیش و کار و ئهرکه سه‌ره‌کیانه چیین؟ له کاری ئیستاندا

4. What goals and outcomes do you want to achieve from the training?

ئهو نامانج و مه‌به‌ستانه چیه ؟ که ده‌ته‌وئ به‌ده‌ستی بیئی له‌م شوینه‌دا .

5. Did you have any training activities that are similar to this training during the last five years? If yes, please mention it.

ئايا بەشدارى ھىچ خولەك يان چالاكەت كىردوو لە ماوەى پىنج ساى رابردوو لە شىوہى ئەم خولە ؟ ئەگەر بەلى بوو باسى بكە

What language do you prefer to use in the training

چ زمانىكت لە لا پەسندە بۆ خولەكە ؟

Certification (واژووى پەرسىيار):

I, the undersigned, certify that to the best of my knowledge and belief, this data correctly describe me, my qualifications, and my experience.

من لە ئێرەوہ واژووم كىردووہ كە گشت زانىارىەكانى ئاماژە پىكراو راست و درووستن دەربارەى زانست و پەسپورى .

Name (الاسم):

Signature (واژوو):

Date (التارىخ):

(Day / Month / Year) [سان / مانگ / رۆژ]

3. Comments of the Nursing Committee with the Hospital Director and Nursing Head in the hospital

تىببىنى لىژنەى دەست نىشانكردنى كاندېدەكان لە بەرئۆهەبەراپەتى گشتى و بەرئۆهەبەراپەتى نەخۆشخانە و بەرپەرسى پەرسىياران لە نەخۆشخانە .

Names and Signature of the members (Please write full name, signature and date in DD/MM/YYYY)

(تاييقت به ليژنه)

تکايه ناوی سيانی بنووسن له گهڻ واژوو و بهروار

4. Final decision of the higher Committee

برياری کۆتايی ليژنه

کنير طه محمد

شاخهوان سليم مجيد

محمد حسن حمد مرؤ

د فاخر حاجي رحمان

مامؤستا

نوينهري سهنديکاي کارمه ندانی ته ندروستی

ياریدهدهري بهريوه بهري گشتی

ياریدهدهري بهريوه بهري گشتی

د سامان حسين بهرنجی

بهريوه بهري گشتی ته ندروستی هه وئير

MOH Stamp