

NOMINATION FORM

سنة ٢٠٢٠

ALLIED HEALTH PROFESSIONAL OF THE YEAR (LOCAL)

" أخصائي صحة عام (محلي) "

Personal details

Full Name: Card no: Current Address:

Nominee Details:

Full Name: Card no: Designation:

Reason for Nominating: (please tick the box)

- Exemplary performance أداء متميز
- Consistent professionalism مستوى مهني عالٍ
- Effective leadership and own initiative قيادة فعالة ومبادرة شخصية
- Service oriented متمحور في خدمة المرضى
- Innovative solutions حلول مبتكرة
- Teaching/training/mentoring تعليم وتدريب وتوجيه

Date of Submission:

Time of Submission:

Signature: