

**Applicant information****بيانات مقدم الطلب**

	التاريخ	University \ College Name
	اسم الجامعة \ الكلية	Name of University \ College director/head
	اسم مدير/مسؤول الجامعة أو الكلية	University \ College program coordinator
	اسم منسق البرنامج بالجامعة أو الكلية	Contact Number
	رقم التواصل	Email
	البريد الإلكتروني	University \ College Name

	توقيع المدير/المسؤول ب الجامعة أو الكلية:	University \ College director/head Signature:
--	---	---

**The entity that meets the criteria grants a Healthy Universities certificate valid for 3 years followed by re-evaluation to renew the accreditation. Signing the application form is considered as approval from the university to:**

**تمنح الجهة المستوفية للمعايير شهادة الجامعات الصحية سارية المفعول لمدة 3 أعوام و من ثم يتم إعادة التقييم لتجديد الاعتماد. يعتبر توقيع استمارة طلب المشاركة كموافقة من الجامعة على:**

1. تنفيذ متطلبات برنامج الجامعات الصحية بنسبة لا تقل عن 80% من إجمالي المطلوب.
2. تنفيذ البرنامج في مدة لا تتجاوز عامين متتاليين من تاريخ توقيع استمارة طلب المشاركة.
3. تنسيق عدد من اجتماعات المتابعة للتأكد من سير عمل البرنامج، لا تقل عن 3 في العام الواحد.