**AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ TIBBİ LİSANS SINAVI®**

**3. BASAMAK SINAVI**

**KİMLİK SERTİFİKASI**

**NOT: 3. Basamak sınav başvurunuzu tamamlamak için 3. Basamak başvurunuzu ve ücretini FSMB'ye göndermek zorundasınız**

 Bu form yeminli noter tarafından imzalanmalıdır. Noter ya İngilizce olmalı ya da İngilizce tercümesi eklenmelidir. Bu form tamamlanıp FSMB'ye gönderildiğinde USMLE kaydınızın bir parçası olarak FSMB ile iletişime geçtiğinizde sizi tanımlamak için kullanılır.

**Bu Kimlik Sertifikası (CID), USMLE 3. basamak sınavı için imza tarihinden itibaren 5 yıl geçerlidir. 3. Basamak Sınavı'na tekrar başvuru ya da yeniden sınava girmek için bu süre dahilinde yeni bir CID formu gönderilmesi gerekmez.**

USMLE Numarası: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adayın Fotoğrafı

Pasaport kalitesinde şahsınıza ait yeni çekilmiş 2x2 cm ebatında fotografınızı bu kare içerisine düzgünce yapıştırınız.

(Fotoğrafı yapıştırmadan önce arkasına isminizi ve USMLE numaranızı yazınız

Adı (Büyük harfle yazınız):

 Soyadı İlk adı Ortanca

 SSN (son 4):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doğum Tarihi :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gündüz Telefonu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yukarıda ismi geçen ve fotoğrafı bulunan, aşağıda imzası olan kişinin ben olduğumu beyan ediyorum. 3. Basamak Sınavı için yeterlilik koşullarımı sağladığımı ve bu form üzerindeki belgelerin doğru ve kesin olduğunu beyan ediyorum. Bunun yanında USMLE Bilgilendirme Bülteni'nin en güncel versiyonunu ve bu ve sonraki 3. Basamak başvuruları için tüm açıklamaları okudum, ve Bülten içeriğine hakim olarak içinde geçen tüm poliçe ve prosedürlere sadık kalacağımı belirtirim.

Adayın İmzası \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kimlik Sertifikası**

**Kamu Noteri'nin onayı gereklidir**

Ülke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ İl/İlçe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yukarıda ve aşağıda bilgileri bulunan kişi bana kişisel olarak başvurdu ve bu kişiyi bu kriterleri kullanarak tanımladım: (a) Bu forma iliştirilmiş fotoğrafı bulunan adayın fotoğrafı ile fiziksel görünümünü karşılaştırdım ve (b) Bu form üzerindeki imza ile kimliği üzerindeki imzayı karşılaştırdım.

Noteri kaşesi ya da mührünü buraya vurunuz

Tarih:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Noterin imzası:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Görevin bitiş süresi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Görev bitiş süresi geçerli ve güncel olmalıdır. Eğer görev süresiz ise " yaşam boyu" gibi bir ibare yazılmalıdır.Eğer Kaliforniya'daysanız noter "Kaliforniya çok-amaçlı onay" belgesini eklemelidir*

 Lütfen bu Kimlik Sertifikası fromunu doldurun ve aşağıdaki adrese postalayın:

Federation of State Medical Boards

Attn: Assessment Service

400 Fuller Wiser Road

Euless, TX 76039-3856

Revizyon tarihi : Nisan 2016