

הפקולטה למדעי הבריאות
מזכירות לימודי מוסמכים
טל: 08-6477392 פקס: 08-6477630

בקשה להארכת משך לימודים לתואר "מגיסטר"

שם התלמיד/ה _____ ת"ז _____ מחלקה _____
התחלתי את לימודי כתלמיד "מן המניין" בשנה"ל _____ סמסטר _____
מבקש הארכה ל _____ סמסטר/ים נוסף/ים
נימוקים לבקשה: _____

חתימת התלמיד _____ תאריך _____

.....
המלצת המנחה

{ } הריני ממליץ לאשר את בקשת הנ"ל. { } איני ממליץ לאשר את בקשת הנ"ל.
נימוקים לאישור הבקשה: _____

שם המנחה _____ חתימה _____ תאריך _____

.....
אישור יו"ר ועדת מוסמכים

{ } הריני מאשר הארכת לימודים למשך _____ סמסטר/ים
{ } איני מאשר הארכת לימודים.

חתימה _____ תאריך _____