

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

אל: המנחה

מאת: התלמיד/ה _____ ת"ז _____ במחלקה _____

הנדון: בקשה לחופשת לימודים

הריני מבקש/ת חופשת לימודים בשנה"ל _____ בסמסטר א', ב', או ב' (להקיף בהתאם)
הנימוקים לבקשתי (נא לצרף תעודות או אישורים מתאימים):

חתימת התלמיד _____ תאריך _____



אל: יו"ר ועדת מוסמכים
מאת: המנחה

{ } אני ממליץ לאשר את הבקשה { } לא ממליץ לאשר את הבקשה (סמן x)

הנימוקים: _____

שם _____ חתימה _____ תאריך _____



אישור יו"ר ועדת מוסמכים

הריני מאשר /לא מאשר הבקשה לעיל.

שם _____ חתימה _____ תאריך _____