



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

בקשה מיוחדת להכשרה קלינית (יש להגיש בשני עותקים)

תאריך: _____
שם: _____ ת.ז. _____
כתובת מייל: _____
כתובת מגורים בזמן הלימודים: _____
טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

הבקשה מיועדת לקליניקה של שנה: ב/ג/ד

שם המדריכה	מקום ההתנסות	תחום	קליניקות קודמות
			התנסות קלינית ראשונה
			התנסות קלינית שנייה

האם הגשת בקשה מיוחדת בעבר? כן / לא אם כן, צייני את סיבת הבקשה: _____

האם בקשתך הקודמת נענתה? _____

הבקשה המיוחדת הנוכחית:

- הקדמת מועד ההתנסות הקלינית (יש למלא את ההצהרה למטה)
 - דחיית מועד ההתנסות הקלינית (יש למלא את ההצהרה למטה)
 - בקשה לגבי מקום השיבוץ
 - אחר _____
- פרט/י את בקשתך: _____

הצהרה:

אני ח"מ מאשר/ת בזאת ומסכים/ה לכך, כי בשל העובדה שאיני יוצא/ת לבקשתי לתקופת התנסות קלינית במועד המתוכנן עם יתר בני מחזורי, יתכן ולא אסיים את לימודי יחד עם בני מחזורי אלא במועד מאוחר יותר.

שם _____
ת.ז. _____
חתימה _____

לשימוש המשרד:

הועבר לטיפול: ענת / יעלי / יואב/ שרה

הבקשה אושרה / לא אושרה

מקום השיבוץ: _____