



בקשה מיוחדת להכשרה קלינית
(יש להגיש בשני עותקים)

תאריך: _____

שם: _____ ת.ז. _____

כתובת מייל: _____

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

הבקשה מיועדת לקליניקה של שנה: ב/ג/ד

שם המדריכה	מקום הכשרה	תחום	קליניקות קודמות
			הכשרה ראשונה
			הכשרה שניה

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

האם בקשתך הקודמת נענתה? _____

הבקשה המיוחדת הנוכחית:

הקדמת מועד ההכשרה (יש למלא את ההצהרה למטה)

דחיית מועד ההכשרה (יש למלא את ההצהרה למטה)

בקשה לגבי מקום השיבוץ

אחר _____

פרטי את בקשתך: _____

הצהרה:

אני ח"מ מאשר/ת בזאת ומסכים/ה לכך, כי בשל העובדה שאיני יוצא/ת לבקשתי לתקופת לימודים קליניים 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 יעל קאופמן/יעלי יואב/שרה

הבקשה אושרה / לא אושרה

מקום השיבוץ: _____