**בית הספר לבריאות הציבור**

**הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות**

**אוניברסיטת תל-אביב**

**המדרשה לתארים מתקדמים ע"ש ד"ר מרים ושלדון ג' אדלסון**

**(כותרת המחקר בעברית)**

**(כותרת המחקר באנגלית)**

מוגשת על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עבודה זו בוצעה כמילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר מוסמך בבריאות תעסוקתית MOccH))

בבית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרפואה ובריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב

**המנחה/ים**:

**הריני לאשר כי קראתי ובדקתי את העבודה המוגשת ומצאתי כי המחקר ראוי והעבודה כתובה בהתאם לדרישות שנקבעו בבית הספר לבריאות הציבור:**

*שם חוג חתימה*

*שם חוג חתימה*

**ובייעוץ של** (*אם רלבנטי*):

*שם חוג חתימה*

תאריך הגשת העבודה:

תאריך הגשת העבודה המתוקנת:  *(אם רלבנטי)*