תכנית 4 שנתית ברפואה

טופס בקשה לפטור מקורס

שם התלמיד מס' ת"ז מס' טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ברצוני לקבל פטור מהקורס:**

שם הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ סמסטר \_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**על סמך לימודים קודמים:**

# לתואר בחוג /ים באוניברסיטת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם הקורס/ים שנלמד/ו במסגרת קודמת:**

שם הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ציון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ציון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ציון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הקורס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ציון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# - יש לצרף לטופס הבקשה גיליון ציונים וסילבוס מלא של הקורס שנלמד במסגרת קודמת

# - יש למלא טופס נפרד עבור כל בקשה

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

**למילוי על ידי מרכז הקורס:**

על סמך הסילבוס וגיליון הציונים שהוגש לי, הריני:

מאשר פטור מהקורס / לא מאשר פטור מהקורס

נימוקים לדחיית הבקשה:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת מרכז הקורס : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

למילוי על ידי מזכירות סטודנטים: הוזן פטור / הערה חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_