



## טופס בקשה לפטור מקורס

- נא למלא טופס נפרד עבור כל קורס.
- יש למסור את הטופס והמסמכים הנלווים למזכירות התכנית במייל.
- מועד הגשת בקשת הפטור - לאחר קבלה לתכנית ותשלום המקדמה על חשבון שכר הלימוד ולא יאוחר משבועיים לאחר תחילת הלימודים. לא ידונו בבקשות שיוגשו לאחר מועד זה.
- לא יינתנו פטורים מהקורסים "מבוא לאפידמיולוגיה" ו- "ביוסטטיסטיקה ב".

### פרטים אישיים

שם: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

תואר:  אפידמיולוגיה ורפואה מונעת  בריאות הציבור  בריאות תעסוקתית

ניהול מצבי חירום ואסון  פיזיולוגיה של המאמץ

מסלול לימודים: \_\_\_\_\_

תאריך קבלה לתכנית: \_\_\_\_\_

האם את/ה לומד/ת במסלול רופאים MD / בעלי PhD בתחום רלוונטי? \_\_\_\_\_

מי שלומד במסלול לבעלי MD / PhD ומקבל פטור מקורס חובה, חייב להשלים את מספר הש"ס עליהן קיבל פטור בקורסי בחירה. קורסי הבחירה דורשים אישור של יועץ/ת אקדמי/ת.

### פרטי הקורס בו מבוקש הפטור

שם הקורס: \_\_\_\_\_

מספר הקורס (01XX.XXXX): \_\_\_\_\_

- לא ידונו בקשות לפטורים מקורסי בחירה או חובת בחירה.
- לא ידונו בקשות אם הקורסים נלמדו במסגרת לימודי תעודה (כולל לימודי המשך) או מכינה, אלא רק במסגרת תואר אקדמי.

### פרטים נדרשים לדיון בבקשת הפטור (סמן בהתאם להנחיות)

ציון של 80 לפחות בקורס רלוונטי קודם. אם מדובר ביותר מקורס אחד, נדרש ציון 80 לפחות בכל אחד מהקורסים הרלוונטיים.

מסגרת לימודים קודמת (הקף בעיגול) - תואר ראשון / שני / שלישי / אחר

מוסד לימודים קודם \_\_\_\_\_

שם התואר הנלמד \_\_\_\_\_

לא עברו 5 שנים מסיום הקורס. שנת סיום הקורס \_\_\_\_\_

גיליון ציונים מצורף.

סילבוס של קורס רלוונטי קודם מצורף. לא ידונו בקשות ללא צירוף סילבוסים מלאים של הקורסים הרלוונטיים.

### הקורסים הרלוונטיים שלמדתי במסגרת לימודי הקודמים:

שם הקורס	מספר קורס במוסד הקודם	היקף שעות הקורס	ציון סופי בקורס	סילבוס מצורף
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הריני מצהיר/ה כי בדקתי את תוכן הקורסים ובקשתי עומדת בתנאים המפורטים.

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

למילוי יועץ/ת החוג

למילוי מרכז/ת הקורס

מאשר / לא מאשר

מאשר / לא מאשר

נימוק: \_\_\_\_\_

נימוק: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_