

טופס בקשה לפטור

- נא למלא טופס נפרד עבור כל קורס.
- יש למסור את הטופס והמסמכים הנלווים מודפסים למזכירות התכנית. לא יתקבלו בקשות בדוא"ל או בפקס.
- מועד הגשת בקשת הפטור - לאחר קבלה לתכנית ותשלום המקדמה על חשבון שכר הלימוד ולא יאחר משבועיים לאחר תחילת הלימודים בקורס ממנו מבוקש הפטור. לא ידונו בקשות שיוגשו לאחר מועד זה.

פרטים אישיים

שם: _____
ת.ז.: _____
מספר טלפון נייד: _____
דוא"ל: _____
תואר: אפידימיולוגיה ורפואה מונעת בריאות הציבור בריאות בתעסוקה
מסלול לימודים: _____
תאריך קבלה לתכנית: _____

פרטי הקורס בו מבוקש הפטור

שם הקורס: _____
מספר הקורס (01XX.XXXX): _____
• למען הסר ספק לא ידונו בקשות לפטורים מקורסי בחירה או חובת בחירה.
• לא ידונו בקשות אם הקורסים נלמדו במסגרת לימודי תעודה (כולל לימודי המשך) או מכינה.

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 הקודמים)
- מסגרת לימודים קודמת (הקף בעיגול) - תואר ראשון / שני / שלישי / אחר
- מוסד לימודים קודם _____
- שם התואר הנלמד _____
- לא עברו 5 שנים מסיום הלימודים הקודמים. שנת סיום הלימודים הקודמים _____
- גיליון ציונים מצורף.

הקורסים הרלוונטיים שלמדתי במסגרת לימודי הקודמים:

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

לא ידונו בקשות ללא צירוף סילבוסים מלאים של הקורסים הרלוונטיים.

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

חתימה: _____ תאריך: _____

למילוי מרכז הקורס

למילוי ע"י יועץ החוג

מאשר / לא מאשר

מאשר / לא מאשר

נימוק:

נימוק:

תאריך: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ חתימה: _____