

קורס סייעות שיניים – אוניברסיטת תל אביב

טופס הרשמה

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת"ז _____
שם פרטי בלועזית _____ שם משפחה בלועזית _____
טלפונים: סלולרי _____ בית _____ עבודה _____
הורים: אמא _____ אבא _____ אחר _____
תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____ אזרחות _____
כתובת: רחוב _____ עיר _____ מיקוד _____
למדה בביה"ס _____ מגמה _____
הקיפי בעיגול: שירות בצה"ל / שירות לאומי : כן לא
כתובת E-MAIL: _____

אישורים מצורפים

1. 2 תמונות פספורט
2. צילום תעודת זהות + ספח
3. טופס הרשמה ממולא וחתום על ידך.
4. תעודת בגרות או אישור זכאות לתעודת בגרות (מקור + צילום) או תעודה המעידה על 12 שנות לימוד בביה"ס בו למדת מקור + צילום או תעודה המעידה על 11 שנות לימוד (למועמדות מגיל 35 ומעלה מקור+צילום).
5. כל תעודה המעידה על לימודיך במוסד זה או אחר לרבות תעודת B.A. מקור + צילום או אישור זכאות לתואר מקור + צילום.
6. טופס הצהרת בריאות חתום ע"י רופא משפחה.
7. טופס כתב ויתור על סודיות רפואית.
8. קורות חיים.
9. דמי הרשמה בסך 200 ₪ בשיק לפקודת אוניברסיטת תל אביב או אשראי בלבד.

=====

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי בטופס זה מלאים ונכונים.

שם המועמד/ת _____ חתימת המועמד/ת _____ תאריך _____