ביה"ס לבריאות הציבור

בקשה ל"פטור" מקורס

שם משפחה _____ שם פרטי_____ת"ז: _____

תכנית לימודים: _____ טלפון: _____

הנני מבקש לקבל "פטור" מן הקורס/ים הבא/ים:

שם הקורס ומס' קורס	שם הקורס שנלמד במסגרת קודמת	שם המוסד בו נלמד הקורס	מסגרת הלימודים (תואר ראשון ב-)	שנת הלימודים	הציון

יש לצרף לטופס הבקשה גליון ציונים מקורי וכן תיאור רשמי של הקורס שנלמד בעבר (סילבוס), כולל שם המרצה.

תאריך: _____ חתימה: _____

למילוי ע"י יועץ התכנית

מאשר/לא מאשר

_____

תאריך: _____ חתימה: _____

למילוי ע"י מורה הקורס

מאשר/לא מאשר

_____

תאריך: _____ חתימה: _____

דווח למחשב:

תאריך:_____ע"י:_____חתימה:_____