דיקנאט הסטודנטים

# השרות הפסיכולוגי

טלפון:6461088-08 פקס: 6472961-08

### פניה לסדנא למיומנויות ניהול אירוע

כל הפניות חסויות.

לא יועבר מידע לשום גורם מחוץ לשירות, בלי הסכמה בכתב מאת הסטודנט.

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_\_

## ילדים:\_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

## כתובת 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## כתובת 2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ייעוץ קודם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תחום לימודים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לימודים:\_\_\_\_

## סיבת הפנייה (תחום העיסוק בו היית רוצה לעבוד על מיומנויות, קשיים שמתעוררים, הסברים אפשריים למקור הקושי בו את/ה נתקל/ת) ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

**תאריך אינטייק: \_\_\_\_\_\_\_\_ שעה: \_\_\_\_\_\_ שם המטפל/ת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**