

הפקולטה למדעי הבריאות  
מזכירות לימודי מוסמכים  
טל: 08-6477392 פקס: 08-6477630

אל: המנחה

מאת: התלמיד/ה \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ במחלקה \_\_\_\_\_

**הנדון: בקשה לחופשת לימודים**

הריני מבקש/ת חופשת לימודים בשנה"ל \_\_\_\_\_ בסמסטר א', ב', א'+ב' (להקיף בהתאם)  
הנימוקים לבקשתי (נא לצרף תעודות או אישורים מתאימים):

---

---

---

חתימת התלמיד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



אל: יו"ר ועדת מוסמכים  
מאת: המנחה

{ } אני ממליץ לאשר את הבקשה { } לא ממליץ לאשר את הבקשה (סמן x)

הנימוקים: \_\_\_\_\_

---

---

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



**אישור יו"ר ועדת מוסמכים**

הריני מאשר /לא מאשר הבקשה לעיל.

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_