

אוניברסיטת בן גוריון בנגב
המחלקה לניהול מערכות בריאות

טופס בקשה להכרה/פטור בקורסים ע"ס לימודים קודמים

אל: יו"ר ועדת הוראה

מאת: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

אבקש להכיר במקצועות שנלמדו על ידי בלימודים קודמים במחלקה ל
באוניברסיטת _____

הנני מצרף/ת גיליון ציונים מאושר ע"י האוניברסיטה בה למדתי כמו כן הנני מצרף/ת תיאורי קורסים
(סילבוסים) של הקורסים שנלמדו.

פרטי הקורס בניהול מערכות בריאות			פרטי הקורס מלימודים קודמים		
נק"ז	שם	מס'	נק"ז	שם	מס'

הערות: _____

חתימה הסטודנט: _____ תאריך: _____

אישור ועדת הוראה מחלקתית: _____ תאריך: _____