

אוניברסיטת בן גוריון בנגב
המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות

תאריך: _____

בקשה להפסקת לימודים

שם: _____ משפחה: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____

שנת לימוד: _____

הריני להודיע על הפסקת לימודים במחלקה: _____

הסיבה להפסקת לימודים:

מסמסטר: _____ בשנת הלימודים: _____

חתימה: _____

** החזרה ללימודים מותנית בהרשמה מחודשת דרך מדור רישום, ובעמידה בתנאי הקבלה החדשים.