

אוניברסיטת בן גוריון
הפקולטה למדעי הבריאות
המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות

ערעור על ציון בחינה / עבודה / סופי

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון: _____

ת.ז: _____ מספר נבחן: _____

שם הקורס: _____ שם המרצה: _____

שנה: _____ סמסטר א / ב מועד הבחינה: א / ב / ג

הנימוקים לערעור:

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימת הסטודנט: _____

*****לשימוש המחלקה*****

המלצת המרצה: מקבל / לא מקבל את הערעור:

הציון בבחינה / עבודה שונה מציון _____ לציון: _____

הציון הסופי בקורס שונה מציון _____ לציון: _____

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימת המרצה: _____

החלטת ועדת ההוראה: מאושר / לא מאושר

תאריך: ____ / ____ / ____ חתימה: _____