

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ניתן להגיש בקשה אך ורק לאחר קבלת הציון בקורס במועד א'**  **בקורס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **מס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **סמסטר: \_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_\_**  **ניתן להגיש עד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **בקשה למועד מיוחד** | | | | | **אוניברסיטת בן גוריון**  **המחלקה לניהול מערכות בריאות** | |
| ***יש לעיין בתקנון מועדים מיוחדים לפני הגשת הבקשה.*** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | ***פרטי סטודנט/ית:*** |
|  | :ז"ת 'מס | | | |  |  | שם פרטי ושם משפחה: |
|  | :E.mail כתובת | | | |  |  | כתובת: |
|  | מחלקה\ות: | | | | טלפון בבית : טלפון נייד: | | |
| סטודנט/ית שנה:  א'  ב'  ג'  תואר שני | | | | | | | |
| **נימוקים לבקשה (מלא/י את הנדרש):**   1. *נבחנתי בבחינה אחרת:*   שם הקורס:  מס' קורס :  תאריך בחינה:  מועד:  ב'  א'  ציון בחינה: עבר נכשל  נכשל  עבר  נימוקים נוספים לבקשה: | | | | | **להלן הסיבות המזכות במועד מיוחד:**  **נא לסמן בעיגול את הסיבה לבקשה**  **א.** מבחן אחר שמתקיים באותו יום קלנדרי או  ביום קלנדרי הצמוד לו, מותנה בהצגת אישור על  השתתפות בבחינה במועד החופף.  **ב.** שרות מילואים.  **ג.** אשפוז בבית חולים.  **ד.** שמירת הריון, טיפולי פוריות.  **ה.** לידה.  **ו.** אבל (שבעה ימים לקרבה ראשונה.(  **ז.** חגים ומועדים דתיים מוכרים.  **ח.** תחרות ספורט ייצוגי.  **ט.** יום חתונת הסטודנט.  פירוט נמצא בנוהל הבחינות במזכירות אקדמית  <http://in.bgu.ac.il/acadsec/Pages/regulations.aspx> | | |
| הערות :   * אם נבחנת בבחינה אחרת במועד א/'ב' עליך לצרף צילום אישור השתתפות בבחינה. * לכל בקשה יש לצרף צילום של לוח בחינות. * במידה והסיבות לבקשה הן אחרות, יש לצרף בנוסף למסמכים הנ"ל מסמכים מתאימים (כגון: אישור אשפוז, מילואים וכו'). | | | | | | | |
| סטודנט שנרשם לבחינה ,אך לא ניגש ולא הודיע על ביטול הרשמתו במועד ,ישלם דמי טיפול מיוחד בגובה 200 ₪ (הסכום  יעודכן מעת לעת).  חתימת הסטודנט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | תאריך : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  | הערות: |  | | **החלטת ועדת הוראה:**  לא אושר  לא אושר  אושר |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **חתימת יו"ר ועדת הוראה:** |
|  | שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |