

אוניברסיטת בן גוריון

הפקולטה למדעי הרוח והחברה

המחלקה ל:

החטיבה ל:

# בקשת סטודנט/ סטודנטית לסגירת תואר

**בטופס זה יש למלא בחלק התחתון גם עודפים בלימודים כלליים. במידה והנך לומד בתכנית דו מחלקתית/ ראשית-משנית/ ראשית חטיבה, עליך להגיש בקשה לכל מחלקה בה אתה לומד.**

**חובה לצרף צילום של תעודת זהות או דרכון.**

שם פרטי בעברית:

שם משפחה בעברית:

שם פרטי באנגלית:

שם משפחה באנגלית:

מספר תעודת זהות:

כתובת מעודכנת:

כתובת דואר אלקטרוני:

מספר טלפון:

מספר טלפון נייד:

סטודנט/ סטודנטית לתואר:

 ראשון

 שני

 תעודת הוראה

**לתלמידי תעודת הוראה בלבד:**

סיימתי תואר ראשון/ שני ב:

מאוניברסיטת:

**מאחר וסיימתי את חובותיי במחלקה/ חטיבה: ,**

**בשנת הלימודים: .**

**תאריך מטלה אחרונה בקורס:**

**תאריך:**

**מספר קורס:**

**נא לציין מהי המטלה האחרונה: יף**

**מבחן/ עבודה/ סיור.**

**בעיגול את האפשרויות הבאות:**

**ולאחר שבדקתי וראיתי ואישרתי את כל הציונים שניתנו לי, אבקש לסגור את התואר במחלקה.**

**אבקש לא לשקלל את הקורסים הבאים, היות שהם מעבר למכסת הנקודות הדרושות:**

| מספר קורס | שם קורס | הערות |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**אבקש לא לשקלל את הקורסים הבאים, היות שהם מעבר למכסת הנקודות הדרושות בלימודים כלליים (151):**

| מספר קורס | שם קורס | הערות |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ידוע לי כי הציון הסופי המשוקלל לתואר אינו ניתן לתיקון או לשינוי לאחר סגירת התואר.**

**ידוע לי כי במידה ויהיו לי נקודות עודפות לתואר יחושבו קורסי הבחירה בעלי הציון הגבוה יותר.**

**שינוי נקודות הזכות לא יגרום לשינויים בשכר הלימוד ששולם.**

**ידוע לי כי על מנת לקבל אישור זכאות לתואר עלי לצבור בסגירה הסופית 120 נקודות זכות לפחות.**

**האישורים נשלחים בדואר ישראל בלבד**

 **(לתלמידי מדעי הרוח והחברה בלבד ללא שיתוף עם פקולטות נוספות)**

חתימת הסטודנט/ הסטודנטית: תאריך:

## אישור המחלקה

**הריני לאשר כי הסטודנט/ הסטודנטית הנ"ל סיים/ סיימה את כל חובותיו/ חובותיה במחלקה בתוכנית :-**

 חד מחלקתי

 דו מחלקתי

 חטיבה מורחבת (28 נקודות זכות)

 מחלקה ראשית במסלול/ מגמה:

 מחלקה משנית

הריני לאשר בזאת כי הבקשה לסגירת תואר של הסטודנט: , התקבלה.

הסטודנט/ הסטודנטית זכאי/ זכאית לסגירת התואר מתאריך: .

חתימת הרכזת:

שם פרטי:

שם משפחה:

תאריך: