**בית – הספר לבריאות הציבור**

תמונה

**שאלון אישי למועמד ללימודי MPH/MAN/MHA**

נא למלא את הטופס בפירוט מרבי, תוך שימת לב לציון התאריכים והפרטים המבוקשים.

**\*\* נא להגיש בדפוס ולא בכתב יד**

את הטופס יש לשלוח בהקדם למזכירות ביה"ס לבריאות הציבור.

**פרטים אישיים**

יש לשלוח למייל: [mshilo@staff.haifa.ac.il](mailto:mshilo@staff.haifa.ac.il)

**שם משפחה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **שם פרטי:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מס' זהות:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **מגדר:**  זכר נקבה

**כתובת:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **מיקוד:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מס' טלפון:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **מס' טלפון נייד**: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**מס' טלפון בעבודה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**תאריך לידה:** לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. **ארץ לידה**: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**שנת עליה:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **מצב משפחתי:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**דואר אלקטרוני**: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**באיזו תוכנית לימודים/ התמחות ברצונך ללמוד?**

**תוכנית לימודים מבוקשת**

* תואר בבריאות הציבור (MPH) עם התמחות ב: קידום בריאות, אפידמיולוגיה, ביואתיקה ובריאות הציבור, מנהל מערכות בריאות, בריאות סביבתית וגהות תעסוקתית, פעילות גופנית מאמץ ובריאות או ביוסטטיסטיקה)
* תואר בניהול מערכות בריאות (MHA)
* תואר במנהל מערכות בריאות (MPH)

**יש לציין את סדר ההתמחויות בביה"ס לבריאות הציבור בהתאמה מדויקת לסדר העדיפויות שנבחר בעת ההרשמה בפורטל:**

**עדיפות ראשונה:**

**עדיפות שנייה:**

**עדיפות שלישית:**

**\*כל שינוי בסדר העדיפויות המקורי מצריך פנייה למחלקת הרשמה לתואר שני במייל –** [**graduate@univ.haifa.ac.il**](mailto:graduate@univ.haifa.ac.il)**. בפנייה חובה לציין שם מלא, ת"ז ואת סדר העדיפויות החדש.**

* **תעסוקה נוכחית**

**תעסוקה**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך | מקום עבודה | תפקיד | היקף משרה | טלפון בעבודה |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **תעסוקה קודמת**

נא לפרט מן המאוחר אל המוקדם

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריך | מקום עבודה | תפקיד | היקף משרה |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**השכלה על-תיכונית**

**השכלה**

* **תואר ב.א**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| אוניברסיטה | תאריך סיום הלימודים | תחום | ציון גמר |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **השכלה על-תיכונית אחרת (**נא לפרט מן המאוחר אל המוקדם**)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| מוסד על-תיכוני | תואר אקדמי  או תעודה | תאריך קבלת  התואר/התעודה | תחום לימודים | ציון סופי בתואר  (באם ציון לא סופי נא לרשום – "זמני") |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריכים | נושא הקורס/  ההשתלמות | המוסד או  הגוף המארגן | מורה/מרצה | משך הקורס קורס  (שעות) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **השתלמויות מקצועיות וקורסים**

נא לפרט מן המאוחר אל המוקדם

* **השתתפות פעילה במחקר**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריכים | נושא המחקר | תפקיד במחקר | מנהל המחקר |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**פרסומים**

נא לרשום לפי סדר זה: שם המחבר/ים, שנת הפרסום, כותרת המאמר, כתב עת בו פורסם, כרך, עמודים.

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**הצגת מאמרים**

נא לרשום לפי סדר זה: כותרת המאמר/ ההרצאה, הכנס, מקום בו נערך, תאריך הכנס, מחברים נוספים למאמר/ הרצאה

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. ציין את מקומות העבודה שבהם רכשת ידע או ניסיון העשויים לעזור לך בלימודי מ"א בבריאות הציבור: ציין את המסגרת והתפקידים שמילאת, מי היה האחראי, פרט את סוג העבודה, כמה שעות בשבוע ובמשך איזו תקופה עבדת, טיב הידע או הניסיון שרכשת.

**מידע אישי**

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. ציין את הסיבות להגשת הבקשה ללימודים לתואר מ"א בבריאות הציבור, במסלול בו בחרת וכיצד עשויים לדעתך הלימודים לתואר שני בבריאות הציבור לתרום לקידום הקריירה שלך. נא פרט.

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**תאריך:**לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. **חתימה:**