**תאריך** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**לכבוד:**

**מזכירות בית הספר לבריאות הציבור**

*U*

**הנדון: טופס בקשה להיבחן במועד חריג**

**נא למלא טופס זה במחשב בלבד**

**פרטים אישיים**

טלפון נייד: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שנת לימוד:

א ב ג

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

ת.ז. לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**פרטי הקורס בו את.ה מעוניינ.ת להיבחן**

שם המרצה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. שם הקורס: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

מספר הקורס: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

מועד א':

תאריך הבחינה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

נבחנתי / לא נבחנתי

במידה ונבחנת, מהו ציון הבחינה? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

במידה ולא נבחנת, אנא פרט.י סיבה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**\*יש לצרף אישורים רלוונטיים**

מועד ב':

תאריך הבחינה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

נבחנתי / לא נבחנתי

במידה ונבחנת, מהו ציון הבחינה? לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

במידה ולא נבחנת, אנא פרט.י סיבה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**הסיבה שבגינה הנך מגיש/ה את הבקשה למועד חריג**

|  |  |
| --- | --- |
| בקשה לאישור מועד חריג עקב שירות מילואים (נא לצרף אישור). | א |
| בקשה לאישור מועד חריג עקב חופשת לידה או תלמיד אשר בת זוגו ילדה ביום הבחינה. (נא לצרף אישור ממשרד הפנים). | ב |
| תלמיד אשר נבצר ממנו לגשת למועד הרגיל או למועד הנוסף בשל מחלה ממושכת של 7 ימים ברצף לפחות או אשפוז בבית חולים למשך יומיים ברצף לפחות (נא לצרף אישור, לא יתקבל אישור רטרואקטיבי) | ג |
| תלמיד אשר נבצר ממנו לגשת למועד הרגיל או למועד הנוסף בשל פטירת קרוב משפחה בדרגת  קירבה ראשונה (נא לצרף אישור ממשרד הפנים). | ד |
| **סיבה אחרת: נא לציין סיבה ולצרף אישורים מתאימים**  לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |  |

|  |
| --- |
| לתשומת לבך *:*  טופס בקשה שלא יכלול את מלוא המידע הנדרש, או שלא צורפו האישורים הרלוונטיים המתאימים, לא תובא לדיון!!! |
| התחייבות הסטודנט: תלמיד שאושרה לו בחינה במועד חריג, ולא הופיע לבחינה מבלי להודיע על כך למזכירות ביה"ס חמישה ימים מראש (בכתב), יחויב בקנס כספי.  חתימת התלמיד/ ה לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **החלטת הוועדה החוגית למועדים חריגים/מרכזת החוג (בשם הוועדה)**  אושר / לא אושר |