

תאריך / /

בית הספר לבריאות הציבור

טופס בקשה להיבחן במועד חריג

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי
ת.ז.	כתובת:
טלפון:	שנת לימוד: א ב ג מ"א

פרטים על הקורס בו את/ה מעוניין/ת להיבחן

שם הקורס	מס' הקורס
שם המרצה	
תאריך הבחינה במועד א' / /	שעה: נבחנת/לא נבחנתי
	ציון המבחן

הסיבה שבגינה הנך מגיש/ה את הבקשה למועד חריג

א.	בקשה לאישור מועד חריג עקב שירות מילואים מיום _____ עד יום _____ (נא לצרף אישור).
ב.	בקשה לאישור מועד חריג עקב חופשת לידה. או תלמיד אשר בת זוגו ילדה ביום הבחינה. (נא לצרף אישור ממשרד הפנים).
ג.	בקשה למועד חריג עקב מחלה (מינימום שבוע ימים). (נא לצרף אישור)
ד.	תלמיד אשר נבצר ממנו לגשת למועד הרגיל או למועד הנוסף בשל פטירת קרוב משפחה בדרגת קרבה ראשונה. (נא לצרף אישור ממשרד הפנים).

סיבה אחרת: נא לציין סיבה ולצרף אישורים מתאימים

<p>לתשומת לב: בקשה שלא מולאה כראוי ובכתב-יד קריא, או שלא מופיעים בה כל הפרטים הדרושים, או שלא צורפו האישורים הרלוונטיים המתאימים, לא תובא לדיון!!!</p> <p>התחיבות הסטודנט: תלמיד שאושרה לו בחינה במועד חריג ולא הופיע לבחינה מבלי להודיע על כך למזכירות החוג, <u>תמישה ימים מראש</u> (בכתב) יחויב בקנס כספי.</p> <p>חתימת התלמיד/ ה _____</p>

החלטת הועדה החוגית למועדים חריגים/מרכזת החוג (בשם הועדה)		
שם וחתימה	לא אושר	אושר
