



תאריך / /

בית הספר לבריאות הציבור

## טופס בקשה להיבחן במועד

### חריג

#### פרטים אישיים

שם משפחה	_____	שם פרטי	_____
ת.ז.	_____	כתובת:	_____
טלפון:	_____	נייד:	_____
שנת לימוד: א ב ג			

#### פרטים על הקורס בו את/ה מעוניין/ת להיבחן

שם הקורס	_____	מס' הקורס	_____
שם המרצה	_____		
תאריך הבחינה במועד א'	____/____/____	שעה:	_____
נבחנתי/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	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)
ד	תלמיד אשר נבצר ממנו לגשת למועד הרגיל או למועד הנוסף בשל פטירת קרוב משפחה בדרגת קירבה ראשונה. (נא לצרף אישור ממשרד הפנים).



<b>סיבה אחרת: נא לציין סיבה ולצרף אישורים מתאימים</b>

<p><b>לתשומת לב</b> 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><b>התחייבות הסטודנט:</b> תלמיד שאושרה לו בחינה במועד חריג ולא הופיע לבחינה מבלי להודיע על כך למזכירות החוג, <u>חמישה 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
_____		