



## בית – הספר לבריאות הציבור

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

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

#### פרטים אישיים

**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.



### תוכנית הלימודים המבוקשת

באיזה התמחות ברצונך ללמוד? (בריאות הקהילה, קידום בריאות, אפידמיולוגיה, ביואתיקה ובריאות הציבור, מנהל מערכות בריאות, ניהול מערכות בריאות, תזונה בריאות והתנהגות, בריאות סביבתית וגרות תעסוקתית, פעילות גופנית מאמץ ובריאות או ביו-סטטיסטיקה)

**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

❖ תעסוקה נוכחית

תאריך	מקום עבודה	תפקיד	היקף משרה	טלפון בעבודה



❖ תעסוקה קודמת

נא לפרט מן המאוחר אל המוקדם

תאריך	מקום עבודה	תפקיד	היקף משרה

השכלה

השכלה על-תיכונית

❖ 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	תאריך קבלת התואר/התעודה	תחום לימודים	ציון סופי בתואר (באם ציון לא סופי נא לרשום – "זמני")
	או תעודה			



❖ **השתלמויות מקצועיות וקורסים**

נא לפרט מן המאוחר אל המוקדם

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

❖ **השתתפות פעילה במחקר**

מנהל המחקר	תפקיד במחקר	נושא המחקר	תאריכים

**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/ ההרצאה

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

### מידע אישי

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.

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

2. 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.

חתימה:

תאריך: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.