

ייפוי כוח\*

אני המועמד/ת החתום/ה מטה:

.....  
שם משפחה שם פרטי מס' ת.זהות (כולל ספרת הביקורת)

מייפה את כוחו/ה של אבי/אמי/בן/בת זוגי: \*\*

.....  
שם משפחה שם פרטי מס' ת.זהות (כולל ספרת הביקורת) קירבה משפחתית

להיות בא כוחי ולחתום במקומי בכל הנוגע\* להרשמי לאוניברסיטת תל-אביב לשנת הלימודים תש\_\_"\_\_, לרבות ביטול מועמדותי ללימודים אלה.

על החתום המועמד/ת:

.....  
שם משפחה שם פרטי מס' ת.זהות (כולל ספרת הביקורת)

.....  
כתובת טלפון נייד (עדיף!) או בבית

.....  
חתימה תאריך

מיועד למילוי ע"י מיופה הכוח:

.....  
אני הח"מ..... ת.זהות

מיופה/ת כוחו של המועמד/ת:

.....  
שם משפחה ופרטי ת.זהות

.....  
מסכים/ה לקבל על עצמי ייפוי כוח זה, ומאשר/ת כי מיופה הכוח (שם משפחה ופרטי) חתם על ייפוי כוח זה בפני.

\* לצרכי רישום לאוניברסיטת תל-אביב וביטול מועמדות **בלבד**. ייפוי כוח זה אינו חל על החתימה על גבי טופס "הצהרת בריאות" (14 א').

\*\* אם לא מדובר באחד מהמנויים שלעיל יש להמציא ייפוי כוח חתום בפני עורך דין.

כל שינוי שיעשה ע"י מיופה הכוח יחייב את המועמד ויעשה בכפוף ללוח הזמנים המפורט בחוברת זו. טופס זה מובא לנוחיות המועמד. אין לצרפו לחומר הרישום, אלא להשתמש בו אם וכאשר יהיה בו צורך.