

תאריך: \_\_\_\_\_

**דיקאנט הסטודנטים**  
**ד"ר שירה ילין חיימוביץ**

**דו"ח פניה לדיקאנט הסטודנטים והטיפול בה**

**פרטי הסטודנט:**

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ פקולטה \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
תואר: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

**תיאור הפניה/ הבקשה ונימוקה:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**המסמכים המצורפים התומכים בבקשה (חובה לצרף חוות דעת מומחה: רפואית או אבחונית – ניצ"ן  
(תיתכן אפשרות שהפונה יתבקש/ תתבקש לחתום על טופס ויתור על סודיות רפואית):**

---

---

---

**החלטה :**

---

---

---

---

---

**לטיפול המשرد:**

---

---

---

---

---