



בדיקת קריטריונים למעבר תכנית/התמחות ע"י יחידת מנהל הסטודנטים

עונה על הקריטריונים : כן / לא

שם הסטודנט _____ מס' ת.ז. _____ טלפון: _____

מעבר התמחות	מעבר תכנית
<p>אני מאשר/ת את עזיבת הסטודנט הנ"ל</p> <p>מהתמחות: _____</p> <p>חטיבה _____</p> <p>_____</p> <p>חתימת ראש ההתמחות תאריך _____</p>	<p>אני מאשר/ת את עזיבת הסטודנט הנ"ל</p> <p>מתכנית: _____ התמחות _____</p> <p>חטיבה _____</p> <p>_____</p> <p>חתימת ראש התכנית תאריך _____</p>
<p>אני מאשר/ת קבלת הסטודנט הנ"ל</p> <p>להתמחות: _____</p> <p>חטיבה _____</p> <p>_____</p> <p>חתימת ראש ההתמחות תאריך _____</p>	<p>אני מאשר/ת קבלת הסטודנט הנ"ל</p> <p>לתכנית: _____ התמחות _____</p> <p>חטיבה _____</p> <p>_____</p> <p>חתימת ראש התכנית תאריך _____</p>

1. הובא לידיעתי : השינוי הנ"ל יהיה כרוך בתוספת שעות לימוד, מעבר לתכנית המקורית.
2. יתכן שהשינוי הנ"ל יאריך את הלימודים מעבר לארבע שנים.
3. הרישום יתבצע רק על בסיס מקום פנוי
4. השינוי יהיה כרוך בתוספת תשלום שכ"ל לפי נהלי המכללה.
5. לאחר אישור השינוי לא יהיה ניתן להתחרט ולבטל את בקשתו.

אני מאשר/ת את האמור לעיל (סעיפים 1-5) חתימת הסטודנט/ית: _____

החלטת ראש ביה"ס להכשרה:

חתימה: _____