

טופס בקשה להשתתפות בקורס למדריכים קליניים תשע"ד

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____
שנת לידה: _____ כתובת בבית: _____
טלפון: _____ בבית: _____ נייד: _____ נוסף: _____
דואר אלקטרוני (e-mail): _____
מקום עבודה **עיקרי**: _____ מספר שעות עבודה שבועיות: _____
כתובת מקום העבודה: _____ טלפון: _____
מקום עבודה **נוסף**: _____ מספר שעות עבודה שבועיות: _____
כתובת מקום העבודה: _____ טלפון: _____

פרטים על השכלה:

תואר ראשון (סמן בעיגול): * BPT. * אחר: _____
שם המוסד והמקום ממנו קבלת את התואר: _____
קורסי השתלמויות: _____

שנות ניסיון כפיזיותרפיסט: _____

◆ האם עברת בעבר קורס הדרכה? לא / כן. אם כן ציין שנה _____

◆ האם הדרכת בעבר? לא / כן. אם כן ציין מספר הסטודנטים שהדרכת _____

הערות: _____

_____ חתימה

_____ תאריך

יש לשלוח את הטופס, **בצירוף תמונת פספורט**, המלצת מנהל השרות, צילום תעודת בוגר אוניברסיטה, וצילום רשיון מקצועי, עד **20/1/2014**, לחוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838, לידי זהבה דוידוב.
 ישלחו מכתבי קבלה / דחייה

המלצת מנהל שרות הפיזיותרפיה

הנני ממליץ על _____ לקורס הכשרת מדריכים
קליניים בפיזיותרפיה שיתקיים בתאריכים 18/2/2014 – 20/5/2014.

הנ"ל עובד בשרות שבהנהלתי _____ שנים, בתפקיד _____,
ואני חושב/ת שהוא מתאים להיות מדריך קליני.

הערות:

שמות המדריכים הקיימים במקום:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

פרטי הממליץ:

_____	_____	_____
תפקיד	שם	
_____	_____	_____
חותמת (אם יש)	חתימה	תאריך
_____	_____	_____
טלפון נייד	טלפון נוסף	טלפון בעבודה