

טופס בקשה להשתתפות בקורס מדריכים קליניים - תשע"ו (2016)

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 (BPT): כן / לא (סמן בעיגול). שם המוסד והמקום ממנו קבלת את התואר: _____
תואר שני: כן / לא (סמן בעיגול). בחוג: _____ באוניברסיטה: _____
שנות ניסיון כפיזיותרפיסט: _____
קורסי השתלמויות עיקריים: _____

האם עברת בעבר קורס הדרכה? לא / כן. אם כן ציין שנה ומקום _____
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 **5/2/16**, לחוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838, לידי זהבה דוידוב, או באי-מייל למזכירה סיגל: sefirgan@univ.haifa.ac.il.

ישלחו מכתבי קבלה / דחייה

המלצת מנהל שרות הפיזיותרפיה

הנני ממליץ על _____ לקורס הכשרת מדריכים
קליניים בפיזיותרפיה שיתקיים בתאריכים 7/3/16-16/5/16 .

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	חתימה	תאריך
_____	_____	_____
טלפון נייד	טלפון נוסף	טלפון בעבודה