

טופס בקשה להשתתפות בקורס למדריכים קליניים תשע"א

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: _____ התמחות: _____
♦ 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 1/2/11, לחוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה 31905, לידי זהבה דוידוב.

ישלחו מכתבי קבלה / דחייה

המלצת מנהל שרות הפיזיותרפיה

הנני ממליץ על _____ לקורס הכשרת מדריכים קליניים בפיזיותרפיה
שיתקיים בתאריכים 22/2/11-3/5/11.

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

הערות:

שמות המדריכים הקיימים במקום:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

פרטי הממליץ:

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