

## טופס בקשה להשתתפות בקורס למדריכים קליניים תשע"ב

### 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 20/1/12, 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 28/2/12-8/5/12.

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

הערות:

---

---

---

שמות המדריכים הקיימים במקום:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

פרטי הממליץ:

שם \_\_\_\_\_ תקפיד \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת (אם יש) \_\_\_\_\_

טלפון בעבודה \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_