

**החוג לסייעוד**

טופס בקשה למלגת סיוע בגין הוצאות נסיעה ללימודים קליניים

שנת לימודים: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אל: החוג לסייעוד

מאת: \_\_\_\_\_ שם התלמיד (משפחה, פרטי) \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_  
שנת לימודים \_\_\_\_\_ ב / ג / ד

כתובת מגורים בזמן הלימודים: \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון/נייד \_\_\_\_\_

כתובת קבועה: \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון/נייד \_\_\_\_\_

מקום התנסות בלימודים קליניים בשנת הלימודים הנוכחית:

**שנה ב'**

**סמסטר ב'**

מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

**שנה ג'**

**סמסטר א'**

1. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

2. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

**סמסטר ב'**

1. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

2. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

**שנה ד'**

**סמסטר א'**

1. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

2. מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

3. סטאז' מרכז רפואי \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

חתימת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_

לשימוש משרדי:

סה"כ חישוב שנתי להחזר הוצאות נסיעה ללימודים קליניים