

אישור שימוש בחדרי הלמידה הפרטנית (ביטוח לאומי)

_____ תאריך:

_____ שם נציג הדיקן המאשר:

פרטי הסטודנט

_____ ת.ז.:

_____ שם:

_____ טלפון סלולארי:

_____ אימייל:

פרטי החונך

_____ ת.ז.:

_____ שם:

_____ טלפון סלולארי:

_____ אימייל:

שעות קבועות במערכת

הסטודנט זקוק ל:

0 / 2 / 4 / 6

שעות חניכה קבועות בשבוע