

דיקון הסטודנטים



אישור שימוש בחדרי הלמידה הפרטנית (ביטוח לאומי)

שם נציג הדיקון המאשר: _____ תאריך: _____

פרטי הסטודנט

שם: _____ ת.ז.: _____

אימייל: _____ טלפון סלולארי: _____

פרטי החונך

שם: _____ ת.ז.: _____

אימייל: _____ טלפון סלולארי: _____

שעות קבועות במערכת

הסטודנט זקוק ל: _____

0 / 2 / 4 / 6

שעות חניכה קבועות בשבוע