

ירושלים, שד' וייצמן 13, מיקוד 91909, טל' 02-6709736, פקס' 02-5389386

לכבוד מחלקת שיקום סניף \_\_\_\_\_

טופס דיווח שירותי תמיכה לחודש \_\_\_\_\_ מרכז תמיכה ב- \_\_\_\_\_

שם הסטודנט \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שנת לימודים \_\_\_\_\_ סמסטר \_\_\_\_\_

הרינו לאשר כי בחודש \_\_\_\_\_ קיבל הסטודנט/ית \_\_\_\_\_ שירותי  
 תמיכה כמפורט להלן:

סוג השירות	תעריף לשעה	מקצוע	תאריך	שעות	חתימת הסטודנט

• במידה ושיעורי עזר ניתנו על ידי מורה בעל תואר ראשון או בעל תעודה מקצועית יש  
 לצרף את התעודה לטופס הדיווח  
 סה"כ לתשלום: \_\_\_\_\_  
 חתימת וחותמת של מרכז התמיכה \_\_\_\_\_