# תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# בקשה לשיבוץ שעות

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם המרצה: | |  | ת"ז מרצה: | |  | | מחלקה: | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| שנה"ל: |  | | סמסטר: |  | | טלפון לבירורים: | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
| אבקש לשבץ אותי במערכת בימים ובשעות הבאים בלבד: | | | | | | | | | |
| **אנא סמנו X על המקומות בהם לא תוכלו לעבוד .** | | | | | | | | | |
| **הימים בהם לא יסומן כלום הם הימים בהם ניתן לשבץ אתכם להוראה במכללה.** | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | א | | ב | | | ג | | ד | | ה | | | | ו |
| 8:30 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 9:30 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 10:30 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 11:30 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 12:50 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 13:50 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 14:50 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 15:35 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 16:30 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 17:15 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 18:15 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 19:00 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 20:00 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| 20:45 | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |
| דרישה למעבדות (יש לציין מספרי חדרים) | | | | | | | | | | | | | | | |
| קורס: |  | | | | שנה: |  | | | | חדר מספר: | | | |  | |
|  |  | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| קורס: |  | | | | שנה: |  | | | | חדר מספר: | | | |  | |
|  |  | | | |  |  | | | |  | | | |  | |
| דרישה לציוד אורקולי (מחשב מקרן וכדומה) | | | | | | | | | | | | | | | |
| קורס: |  | | | | מגמה: |  | | | | שנה: | | |  | | |
|  |  | | | |  |  | | | |  | | |  | | |
| קורס: |  | | | | מגמה: |  | | | | שנה: | | |  | | |
|  |  | | | |  |  | | | |  | | |  | | |
| דגשים נוספים : | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| נא להחזיר את הטופס לראש המחלקה עד | | | | | | | | . | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | אישור ראש המחלקה | | | |  | | | |