

תאריך: _____

לכבוד: _____
ראש המחלקה: _____

מאת: _____

שם הסטודנט _____ ת.ז. _____ שנת לימוד _____ מחלקה _____ טלפון נייד _____

הנדון: בקשה לבחינה במועד מיוחד

אבקש לאפשר לי להיבחן במועד מיוחד בקורס:

שם הקורס _____ מספר קורס _____ שם המרצה _____

מהסיבה הבאה:

- ☐ אבל על מות קרוב משפחה מדרגה ראשונה (נא לצרף מסמכים מתאימים).
- ☐ אשפוז בבית חולים במועד הבחינה (נא לצרף מסמכים מתאימים).
- ☐ חופשת לידה (3 חודשי היעדרות לאם ו-7 ימי היעדרות לאב).
- ☐ שירות במילואים במועד הבחינה א' או ב' (נא לצרף מסמכים מתאימים).
- ☐ שירות מילואים של יותר מ – 14 ימים רצופים או שירות מילואים של 21 ימים ומעלה במצטבר בסמסטר ולא נבחן האחד המועדים או שניהם.
- ☐ שמירת הריון בהתאם לאישור הרופא המטפל.
- ☐ אחר: _____

חתימת הסטודנט _____ תאריך _____

אישור ראש המחלקה

אל: מזכירות הנדסאים
העתק: לידי המרצה: _____

- ☐ אינני מאשר את בקשת הסטודנט/ית
- ☐ מאשר את הבקשה, מועד הבחינה _____

חתימת ראש המחלקה _____ תאריך _____