



טופס ערעור על החלטת הועדה הרפואית

יש להגיש את הטופס תוך שבועיים מיום קבלת החלטת הועדה בצירוף מסמכים מתאימים נוספים

תאריך: \_\_\_\_\_

א. פרטים אישיים של הסטודנט/ית:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

מסלול: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

ב. פירוט הסיבות להגשת הערעור:

---

---

---

---

---

---

ג. פרטים של הרופא המטפל:

שם הרופא: \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_

טלפון/נייד של המרפאה/רופא: \_\_\_\_\_

החלטת הוועדה:

---

---

---

---

---

תאריך: \_\_\_\_\_ חברי הוועדה: \_\_\_\_\_