



תאריך _____

בקשה למועד מיוחד*

שם התלמיד _____ ת"ז התלמיד _____

החוג _____ כתובת _____

טלפון _____, טלפון נייד _____ דואר אלקטרוני _____

שם הקורס _____ שם המרצה _____

שנה _____ סמסטר _____ מועד _____ הציון _____

הנימוק לבקשה : (יש לצרף לבקשה את כל האישורים הרלוונטיים)

חתימת התלמיד _____

*** זכות לבחינה חוזרת ומועדים מיוחדים על פי להוראות האוניברסיטה.**

למילוי על ידי ועדת הוראה

תאריך _____
