

תאריך: ___ / ___ / ___

בקשת סטודנט/ית להסרת חסימה במערכת ראשים

שם משפחה ושם פרטי: _____ מס' ת"ז

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

שנה: א / ב / ג / ד / משלים/תואר שני פקולטה/מחלקה: _____ מסלול: רגיל / גמיש
תוכן הבקשה:

חתימה: _____ טלפון: _____ מייל: _____ @ _____

ההמלצה של מדור שכ"ל

תאריך: ___ / ___ / ___ שם: _____ חתימה _____

החלטת ראש מינהל הסטודנטים:

1. הבקשה נדחית.

2. הבקשה נענית בחיוב, החסימה תוסר עד לתאריך ___ / ___ / ___

אם הסטודנט לא יסדיר את חובו עד לתאריך זה, החסימה תוחזר מיידית.

תאריך: ___ / ___ / ___ חתימה _____