**טופס הסכמת הנחיה לעבודת המאסטר**

**נא למלא את הטופס ולהחזירו חתום ע"י מנחה לפני תחילת ההנחיה**

|  |
| --- |
| פרטי הסטודנט |
| תעודת זהות: | שם משפחה: |  שם פרטי: |
| פרטי המנחה |
| שם משפחה:  |  שם פרטי: | [ ]  ד"ר [ ]  פרופ'  |
| [ ]  מחלקה ופקולטה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_או [ ]  מחלקה בבית החולים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **הצהרת המנחה:**  |
| [ ]  אני מסכים/ה להנחות את עבודת המאסטר בנושא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[ ]  הנני מתחייב לתשלום מלגה לשנתיים** **[ ]  היקף ההשתתפות שלי בתשלום המלגה ייקבע בהתאם להחלטת ועדת המלגות של ביה"ס סגול** |
| **הערות:** |
|  |
|  |
| חתימת המנחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |