**דף אישור רוטציה – למתקבלים לשנה"ל תשפ"א**

**ראשונה/שנייה (נא לסמן)**

**נא למלא את הטופס ולהחזירו חתום ע"י מנחה הרוטציה לפני תחילתה**

|  |
| --- |
| תאריך:  |
| פרטי הסטודנט |
| תעודת זהות: | שם משפחה: |  שם פרטי: |
| פרטי המנחה |
|   שם: | [ ]  ד"ר [ ]  פרופ'  |
| [ ]  מחלקה ופקולטה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ או [ ]  מחלקה בבית החולים:  |
| פרטי הרוטציה |
| נושא הרוטציה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| מטרות הרוטציה |
| 1.  |
| 2.  |
| שיטות המחקר: |
|  |
| הצהרת המנחה:  |
| [ ]  אני מסכים/ה להנחות את הסטודנט במהלך הרוטציה. במידה והסטודנט ואני נחליט שהפרויקט מתאים לעבודת הדוקטורט/תיזה, יוכל  הסטודנט להמשיך לדוקטורט/מסטר במעבדתי בסוף הרוטציה.  **[ ]  היקף ההשתתפות שלי בתשלום המלגה ייקבע בהתאם להחלטת ועדת המלגות של ביה"ס סגול** |
| חתימת המנחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |