**טופס הסכמת הנחיה לעבודת הדוקטורט**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| פרטי הסטודנט/ית | | | | |
| 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 הדוקטורט בנושא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **הנני מתחייב לתשלום מלגה ל 4 שנים**  **היקף ההשתתפות שלי בתשלום המלגה ייקבע בהתאם להחלטת ועדת המלגות של ביה"ס סגול** | | | | |
| **הערות:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| חתימת המנחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |