**הצהרת סטודנט.ית**

1. הריני מצהיר.ה בזאת כי ידוע לי כי אוניברסיטת חיפה אינה מוסמכת בשלב זה להעניק תואר ראשון במדעי הדימות הרפואי וההסכמה למתן התואר מותנית באישור המועצה להשכלה גבוהה.
2. ידוע לי שבמידה והתכנית לא תקבל הסמכה, החוגים לתואר ראשון בביולוגיה ושירותי אנוש באוניברסיטת חיפה מתחייבים לשמש רשת הביטחון לתכנית לתואר ראשון במדעי הדימות הרפואי (חוג בהקמה)

שם פרטי ומשפחה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת.ז : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה תאריך