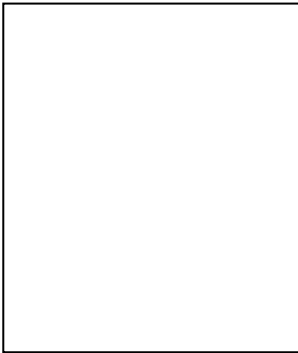


שאלון אישי למועמד/ת ללימודים לתואר שני בחוג לפיזיותרפיה

תמונה עדכנית



פרטים אישיים :

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 מין: ז/נ ת.ז (כולל ספרת ביקרות): _____
 כתובת: _____, מיקוד: _____,
 טלפון: _____, טלפון נוסף: _____,
 כתובת דואר אלקטרוני: _____
 תאריך לידה: _____, ארץ לידה: _____, שנת עלייה: _____

השכלה (על תיכוננית ואקדמית) - (התחל/י מהשכלה האחרונה)

שנים	תחום הלימוד	שם המוסד	התואר שהושלם *	ציון ממוצע

* נא לצרף תעודת פיזיותרפיסט משרד הבריאות

מקומות עבודה (התחלי/י ממקום עבודתך הנוכחי)

שנים	מקום העבודה	תפקיד

השתלמויות מקצועיות וקורסים הרלוונטיים ללימודים בתכנית (התחלי/י מהשתלמויות האחרונות)

תאריכים	נושא הקורס/ההשתלמות	מוסד/גוף מארגן	משך הקורס (שעות)

השתתפות במחקר, פרסומים מדעיים, הצגות בכנסים (התחלי/י מהאחרון)

שם המחקר	שם החוקר הראשי	פרסום: שם כתב העת /שנה	הצגה בכנס מקצועי שם/תאריך

רקע אישי

על מנת להכירך קצת יותר אנו מבקשים כי תתאר/י בקצרה את התפתחותך המקצועית, יעדיך המקצועיים המרכזיים וכיצד עשויים לדעתך לימודי התואר השני בחוג לפיזיותרפיה לתרום לקידום הקריירה שלך.

תחומי עניין מקצועיים (כגון: אורתופדיה, נוירולוגיה, ילדים, זקנה, פיזיולוגיה של המאמץ ועוד)

ממליצים

נא לציין שמות וכתובות של שני ממליצים **לפחות אחד מהם איש אקדמיה ואחד איש קליני** אליהם החוג יפנה במידה הצורך.

ממליץ שני - ממליץ קליני

שם מלא: _____
תפקיד: _____
מקום עבודה: _____
כתובת דוא"ל: _____
טלפון: _____

ממליץ ראשון - ממליץ אקדמי

שם מלא: _____
תפקיד: _____
מקום עבודה: _____
כתובת דוא"ל: _____
טלפון: _____

מסלול מועדף:

- א. [] מסלול מחקרי (עם עבודת תזה)
ב. [] מסלול ללא תזה (עם פרויקט גמר)
תכנית התמחות בפעילות גופנית מאמץ ובריאות:
א. [] מסלול מחקרי (עם עבודת תזה)
ב. [] מסלול ללא תזה (עם פרויקט גמר)

חתימת המועמד/ת _____

תאריך _____

*יש לשלוח את השאלון למועמד וצילום תעודת פיזיותרפיסט/ית ממשרד הבריאות, למזכירות החוג לפיזיותרפיה לכתובת: אוניברסיטת חיפה, החוג לפיזיותרפיה, שדרות אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838.