

תוכנית לימודים ארבע שנתית לרפואה

הצהרה אישית

יש לשלוח מקור בלבד. אין לשלוח בפקס!

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת"ז: _____ מס' טלפון נייד: _____

כתובת: _____

הנני מצהיר/ה כי ידוע לי שלימודי הרפואה כוללים לימודים מעשיים במתקנים רפואיים, במעבדות ובגופות אדם. במסגרת הליכים אלה הריני מתחייב/ת להישמע לכל הכללים החלים במוסד, לרבות כללי המשמעת והאתיקה, ולפעול בהתאם להנחיות נציגי האוניברסיטה.

תאריך: _____ חתימה: _____