**טופס מנחה לאישור תכנית כשירות - תואר שלישי (PhD)**

נא למלא את הטופס באופן מודפס

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם התלמיד/ה: | שם משפחה | ת.ז. |
| טל' | Email | |

**נושא המחקר של התלמיד/ה**  \_\_\_\_\_\_

**שם מנחה 1:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **דרגה אקדמית**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם מנחה 2:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **דרגה אקדמית**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**המקום בו יתבצע עיקר המחקר**: בקמפוס  מחוץ לקמפוס

\* נא לפרט את מקום ביצוע המחקר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**עבודת מחקר** בעלת: א. אופי מעבדתי  ב. אופי לא מעבדתי

**המלצה** למומחים בתחום המחקר המתאימים לשמש כ**חברי ועדת כשירות*\**** (בעלי דרג מרצה בכיר במסלול הרגיל):

1.

2.

3.

4.

נא לציין (אם ישנם) עד שני חברי סגל שהמנחה אינו/ה מעוניין/ת שימונו כחברי ועדה לתלמיד/ה:

1.

2.

**אישור תכנית הכשירות של התלמיד/ה הנ"ל: כן / לא**

**חוות דעת מנחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

חתימת מנחה 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת מנחה 2 (אם יש): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*אין הוועדה מתחייבת לבחור את אנשי הסגל המומלצים , מדובר בהמלצה בלבד*.**