



טופס לרישום פוסט-דוקטורנט

פרטי הפוסט-דוקטורנט

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
שם באנגלית: שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מספר זהות (9 ספרות) / מספר דרכון זר: _____

כתובת בישראל

רחוב ומספר בית: _____

יישוב: _____ מיקוד (7 ספרות): _____

טלפון: _____ אזרחות: _____ שנת לידה: _____ מין: ז / נ

כתובת דוא"ל: _____

שם המנחה לפוסט-דוקטורנט: _____

האם למדת באוניברסיטה העברית? כן / לא

האם היית רשום/ה כפוסט-דוקטורנט באוניברסיטה העברית*? כן / לא

*אם כן, שנה"ל האחרונה שהיית רשום/ה: _____

מס' סטודנט באוניברסיטה העברית (אם רלוונטי): _____

פרטים על הדוקטורט: (לרשום בעברית או באנגלית)

שנת קבלת הדוקטורט: _____ תחום ההתמחות: _____

שם המוסד: _____ ארץ: _____

אישור על ביטוח בריאות מצורף או ויתור על ביטוח בריאות כן / לא

חתימת הפוסט-דוקטורנט

חתימת חשב ביה"ס לחינוך

לשימוש משרדי

שנה ראשונה הרשמה לפוסט-דוקטורט: _____
הרשמה לשנה ה- 1 / 2 / 3 / 4 / _____ לפוסט-דוקטורט
הרשמה במערכת: _____ שנה אקדמית: _____
צריך ביטוח בריאות? כן / לא מעטפת שירותי OSL כן / לא