



**בקשה לפטור משכר לימוד ללימודים באוניברסיטה העברית
לעובדי מוסדות מסונפים/ חיצוניים**

א. פרטי הבקשה והצהרת העובד/ת (יש לסמן ✓ במקום המתאים)

1. פרטי העובד/ת

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חלקיות משרה
---------	----------	-----------	-------------

הנני עובד/ת במוסד:

"הדסה"/ "שערי צדק"/ "קפלן"/ "קופ"ח כללית"/ מוסד אחר: _____

במינוי אקדמי באוניברסיטה/ במינוי של מורה קליני באוניברסיטה. בדרגה: _____

מחלקה: _____ פקולטה: _____

2. פרטי התלמיד/ה - למלא כאשר הבקשה עבור בן/בת משפחה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	קרבה למבקש/ת: <input type="checkbox"/> בן/בת-זוג <input type="checkbox"/> בת <input type="checkbox"/> בן
---------	----------	-----------	---

3. פרטי הבקשה והצהרת העובד/ת

הבקשה היא לפטור משכר לימוד ללימודים באוניברסיטה העברית לשנת הלימודים _____ לתואר _____ שנת לימודים באוניברסיטה _____ בחוג _____ בפקולטה _____

ידוע לי כי מתן הפטור כפוף לכללי ונהלי האוניברסיטה העברית, וכי המוסד מקבל הפטור מחויב בזקיפת ההטבה כהכנסה נוספת למשכורת.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים שרשמתי לעיל נכונים.

_____ תאריך _____ חתימת העובד/ת

ב. אישור והתחייבות מחלקת כוח אדם של המוסד

המוסד מתחייב בזאת לשלם לאוניברסיטה את עלות שכר הלימוד המוענק כפטור לעובד, אם בדרך של תשלום או בדרך של קיזוז עלות שכר הלימוד מהסכומים אותם האוניברסיטה מעבירה למוסד בגין ההוראה האקדמית הניתנת לה על ידי המוסד.

_____ תאריך _____ שם המוסד _____ שם החותם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת המוסד

ג. אישור דיקנט הפקולטה לרפואה/רפואת שיניים (יש לסמן ✓ במקום המתאים)

אל מדור שכר לימוד ותשלומים באגף הכספים - הנני לאשר בזה שהפרטים דלעיל נכונים. הנ"ל עובד/ת במוסד:

"הדסה"/ "שערי צדק"/ "קפלן"/ "קופ"ח כללית"/ מוסד אחר: _____

במינוי אקדמי באוניברסיטה/ במינוי של מורה קליני באוניברסיטה.

המינוי מיום _____ עד יום _____ הפטור לשנת הלימודים _____ בהיקף _____.

_____ תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה וחותמת

• שנה אקדמית היא מ'יוני 1 באוקטובר עד 30 בספטמבר. בקשה לאמץ זכאות לפטור משכ"ל תואם באותה שנה אקדמית.
• האוניברסיטה לא תזכה בשכר לימוד אלא רק על פי הכללים הנהוגים לגבי כאלו הסטודנטים האמורים.