**טופס הגשת מועמדות לתוכנית מחקר – שנת תשע"ד**

|  |
| --- |
| שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ מין: ז / נ מצב משפחתי: ר / נ / ג / א  מען: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  טלפון בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  סטודנט: שם המכללה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסלול לימוד : \_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לימוד \_\_\_\_\_\_  בוגר בתחום הרפואה המשלימה:  שם המכללה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסלול לימוד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת סיום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  תחום המחקר (התמחות) :נטורופתיה / רפואה סינית/ שיאצו/ טווינא/ רפלקסולוגיה/ עיסוי. |

**הצהרות:**

הח"מ מצהיר ומתחייב כי:

1. הנני מגיש בזאת מועמדות לתכנית המחקר של מכללת רידמן בע"מ (להלן: "**התכנית**" ו "**המכללה**"). ידוע לי ואני מאשר כי אין בחתימתי על מסמך זה כדי להוות אישור להשתתפותי בתכנית והשתתפותי כפופה להחלטת המכללה באופן בלעדי.
2. ידוע לי ואני מסכים כי המכללה תהא רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להחליט אם לאשר את השתתפותי בתכנית וכי ההשתתפות בתכנית מותנית, בין היתר, בקיום תנאי הקבלה אשר נקבעו ו/או יקבעו על ידי המכללה מעת לעת.
3. קראתי את טופס תנאי ההשתתפות, ידועים לי תנאיו, ואני מאשר כי השתתפותי בתכנית, ככל שתאושר על ידי המכללה, הינה כפופה לאמור בטופס תנאי ההשתתפות, כפי שיהיה מעת לעת.
4. כתב ההצהרה הרפואית המצורף לטופס זה כ**נספח א'** הינו חלק בלתי נפרד מטופס זה.
5. כל הפרטים שמילאתי בטופס זה ונספחיו הינם הפרטים המלאים הנכונים והמדויקים. ככל שיחול שינוי בפרט מפרטים אלה, אני מתחייב לעדכן את המכללה באופן מיידי ובכתב אודות שינוי זה.

חתימת המועמד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

במידה והינך מעוניין/ת שהמכללה תשמור עימך על קשר ותיידע אותך בדבר הצעות עבודה אטרקטיביות ממח' ההשמה, סדנאות, אירועים שונים, קורסים חדשים שנפתחים, וכן תשלח אליך אחת לחודש את הניוזלטר המגזיני הגדול שלה (להלן: "**חומר פרסומי**") בדואר אלקטרוני ו/או הודעת טקסט, אנא מלא פרטיך וחתום/י להלן.

בחתימתי זו הריני מאשר/ת למכללת רידמן בע"מ לשלוח לי חומר פרסומי בדוא"ל או הודעה כתובה באמצעות הטלפון הנייד (לפי הפרטים שאמסור למכללה מעת לעת). הנני שומר/ת לעצמי את הזכות בכל עת להודיע למכללה בכתב או באמצעות המייל על רצוני להפסיק לקבל את חומר פרסומי כאמור.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך חתימה

**נספח א'**

**שאלון בריאות**

1. האם הנך סובל מהפרעה פסיכיאטרית כלשהי? לא/כן, פרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם הנך נוטל תרופות מרשם באופן קבוע? אם כן נא ציין/י תרופות שהנך נוטל/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. האם יש לך מגבלות פיזיות? לא/כן, פרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. האם חלית באחת מהמחלות הבאות – איידס, צהבת בי, צהבת סי? לא/כן, פרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם הינך סובל/ת מלקות למידה/ הפרעת קשב / ריכוז?(ADHD/ADD), מתי אובחנת? (נא לצרף אבחון)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. האם הינך בהריון? כן/לא

[חלק מהפעילויות בקורסים המעשיים עשויים להשפיע על אישה הרה, אנא צייני אם הנך בהריון על מנת שנסייע לך להימנע מפעילויות אלו].

**בדיקות לביצוע:**

המשתתף מחויב לבצע את כלל הבדיקות אדמת , שחפת , והפטיטיס ולהעביר למכללה את תוצאות הבדיקות עד ולא יאוחר משבועיים טרם תחילת השלב המעשי .

חתימת המועמד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_