

תאריך: ___/___/___

טופס הסכמה להנחיה משותפת

1. פרטים אישיים של הסטודנט:

מספר זהות: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
נייד/טלפון: _____ כתובת דוא"ל: _____@_____
שם האוניברסיטה: _____ מחלקה: _____
תחילת לימודים לתואר בשנת: _____

2. פרטים אודות המחקר:

נושא המחקר בעברית: _____
נושא המחקר באנגלית: _____
מועד תחילת המחקר: ___/___/___
מועד משוער לסיום המחקר: ___/___/___
מקום המחקר: _____

3. פרטי המנחים:

אוניברסיטת אריאל: מחלקה: _____
שם המנחה באוניברסיטת אריאל: 1. _____ 2. _____
אוניברסיטה חיצונית: מחלקה: _____
שם המנחה באוניברסיטה החיצונית: 1. שם: _____ ת.ז: _____
2. שם: _____ ת.ז: _____

4. אישור המנחה החיצוני:

א. הנני מסכים בזאת להיות המנחה של הסטודנט/ית _____
ב. הנני מסכים להנחיה המשותפת עם: 1. _____ 2. _____
ג. הנני מאשר את נושא המחקר.
ד. הנני מסכים לכך שעבודת המחקר תבצע במתקני אוניברסיטת אריאל בשומרון
הערות: _____



5. חתימות:

חתימת המנחה החיצוני: _____ תאריך: ____/____/____

חתימת המנחה הפנימי: _____ תאריך: ____/____/____

חתימת הסטודנט/ית: _____ תאריך: ____/____/____

6. אישור דקן ביה"ס ללימודים מתקדמים:

מאושר כמנחה חיצוני מאושר כיועץ חיצוני לא מאושר

שם הדיקן: _____ חתימת הדיקן: _____ תאריך: ____/____/____



03.9066659

03.9755815

אריאל, 40700

אוניברסיטת אריאל בשומרון ע"ר

תאריך עדכון: 03/03/2019

מס' מהדורה: 4

מס' טופס: 578