



**בקשה לקבלה להשתלמות בתר-דוקטור - Post-Doctoral fellowship Application**

I hereby recommend the following candidate to be accepted for post-doctoral fellowship:

הנני ממליץ על הר"מ כמשתלם בתר-דוקטור: בשנת הלימודים

academic year

First name (Hebrew): שם פרטי (בעברית):

Surname (Hebrew): שם משפחה (בעברית):

First name (English): שם פרטי (באנגלית):

Surname (English): שם משפחה (באנגלית):

Passport N°: מס' ת"ז:

Male / Female (Circle what is appropriate – הקף בעיגול) זכר / נקבה

Citizenship: ארץ הוצאת הדרכון:

Mobile: טל' נייד Address: כתובת:

Additional Phone: טל' נוסף Email: דוא"ל:

(Account N° – מס' חשבון)

(Branch N° – מס' הסניף)

(Bank N° – מס' הבנק)

(Bank – שם הבנק)

Name of supervisor: שם המנחה:

In the Dept. of: במחלקה ל-

to: עד-

from: מ-

הנ"ל ישתתף בקורסים הבאים:

מס' הקורס	שם הקורס

נושא המחקר של הדיסרטציה (דוקטורט):

Title of the Dissertation:

נושא המחקר המוצע להשתלמות בתר-דוקטור:

Proposed research topic for the Post-Doc. fellowship:

I confirm dedoration of a grant in the sum מלגה בסכום של \_\_\_\_\_ כולל של: \_\_\_\_\_

מקור המימון:

The Candidate agrees to waive the stipend \_\_\_\_\_ המועמד מסכים לוותר על מלגת קיום

(candidate's signature) (חתימת המועמד)

סעיף תקציב: \_\_\_\_\_ . אחראי תקציב באגף כספים / רשות מחקר:

Attached (Enclosed):

- Copy of ID (Passport)
- Approval of the Ph.D.
- CV (Curriculum Vitae)
- 3 Recommendation Letters
- Publications (if available)
- Approval of Health Insurance

מצ"ב:

- צילום ת"ז/פספורט
- אישור על תואר שלישי
- קורות חיים
- 3 מכתבי המלצה
- רשימת פרסומים (אם ישנם)
- אישור על ביטוח רפואי

(Candidate of Post-Doctoral Fellow's signature) (חתימת המועמד להשתלמות בתר-דוקטור)

Head of Dept.'s – (חתימת רמ"ח) (Date – תאריך) (signature)

(Supervisor's signature – (חתימת המנחה)

(Date – תאריך)

(Dean's signature – (אישור הדקן)

(Date – תאריך)

חתימת המזכיר האקדמי: