



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד הבריאות

לחיים בריאים יותר

טופס בקשה לערעור או לעיון בבחינת רישוי*

נא למלא את כל הפרטים הבאים בכתב יד ברור וקריא:

א. פרטי הנבחן:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מס' תעודת זהות / דרכון:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מס' נבחן:

--	--	--	--

מס' טלפון: _____ מס' טלפון נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____@_____

כתובת: רח' _____ מס' _____ דירה: _____

ישוב: _____ מיקוד: _____

ב. פרטי הבחינה:

בחינת רישוי: _____ תאריך הבחינה: _____ / _____ / _____

השפה בה נבחנתי: _____ הציון שקיבלתי בבחינה: _____

ג. פרטי הבקשה:

אני מבקש/ת לעיין בבחינה שלי

לערער על ציון הבחינה שלי

נא לסמן: אני מבקש/ת לקבל מכתב זימון באמצעות דואר רגיל הדואר אלקטרוני שצוין לעיל

על החתום _____

תאריך הגשת הבקשה: _____ / _____ / _____

יש להחזיר את טופס הבקשה למזכירות המחלקה לבחינות רישוי
באמצעות הפקס הרשום מטה או למייל siud.test@moh.health.gov.il

* טופס זה יוגש בכפוף ל"נוהל עיון וערעור בבחינת רישום ממשלתית בכתב" (2013)
<http://www.health.gov.il/hozer/ND-0109.pdf>

