



**הקריה האקדמית אונו**

Ono Academic College

הפקולטה למקצועות הבריאות - החוג לריפוי בעיסוק

Faculty of Health Professions - Occupational Therapy Department

יש להגיש את הטופס המלא (בעט)  
למנהל הסטודנטים בסיום ההכשרה

**טופס אישור מדריך**

אני \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ מדריך/ה במקום ההכשרה:

\_\_\_\_\_ של הסטודנט/ית \_\_\_\_\_

מאשר/ת כי:

1. קראתי בעיון את עבודת הסטודנט/ית, המתארת תהליך איסוף מידע והצעה ליצירת מענה מתאים, ואני מאשר/ת את התהליך המתואר בעבודה. אני מצרף/ת בזאת את התייחסותי לתהליך ולתוצר:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ חתימה:

\_\_\_\_\_ תאריך:

2. קיבלתי משוב מהסטודנט/ית על ההכשרה וההדרכה, המבוסס על טופס המשוב הנמצא בחוברת זו.

\_\_\_\_\_ חתימה:

\_\_\_\_\_ תאריך: