



הצהרת סטודנט

1. הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי כי אוניברסיטת בר אילן אינה מוסמכת בשלב זה להעניק תואר ראשון (B.Sc.) ב"דימות רפואי" וההסכמה למתן התואר מותנית באישור המועצה להשכלה גבוהה.
2. ידוע לי שבמידה והתוכנית לא תקבל הסמכה, רשת הביטחון של התוכנית היא תכנית הלמודים "משולב מדעי החברה" (B.A.) המתקיימת באוניברסיטת בר-אילן, בפקולטה למדעי החברה.

שם פרטי ומשפחה: _____

מס' ת.ז.: _____

תאריך

חתימה