



**הצהרת הורה לומד**

**לתשומת לב: חובה למלא את כל השדות בטופס. אי מילוי הטופס יגרום לעיכוב בטיפול**

אני, הח"מ,

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

אני לומד/ת \_\_\_\_\_ ימים בשבוע, מס' שעות הלימוד השבועיות הינו \_\_\_\_\_

אני עובד/ת / לא עובד/ת במקביל ללימודים בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות שבועיות.  
גובה הכנסה מעבודה עומד על \_\_\_\_\_ ש"ח ברוטו בחודש

אני עוסק/ת במהלך הלימודים במחקר במסגרת מלגה בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות שבועיות

**להלן הפרטים אודות מסלול הלימודים שלי: (סמן X בסעיף הרלוונטי והשלם את הנתונים)**

קורס להכשרה מקצועית **בפיקוח** של האגף הבכיר להכשרה מקצועית ופיתוח כוח אדם במשרד הכלכלה והתעשייה או **בפיקוח ובמימון** של משרד ממשלתי אחר או לימודי מקצוע שהעיסוק בו דורש רישוי או רישום על פי דין. **הקורס מתקיים בין התאריכים:** \_\_\_\_\_ **שם הקורס:** \_\_\_\_\_

אולפן לעולים חדשים.

לימודים לתואר ראשון מוכר במוסד אקדמי מוכר (לרבות לימודי מכינה, השלמה והסבה לתואר זה).  
**שם מוסד הלימודים:** \_\_\_\_\_

לימודים לתואר שני (או מתקדם יותר) מוכר במוסד אקדמי מוכר (לרבות לימודי מכינה, השלמה והסבה לתואר זה).  
**שם מוסד הלימודים:** \_\_\_\_\_

לימודים לצורך תעודת הוראה, המוכרים על ידי משרד החינוך.

לימודים לתואר הנדסאי או טכנאי (לרבות לימודי מכינה, השלמה והסבה לתארים אלו) במוסד המוכר על ידי המכון להכשרה בטכנולוגיה ובמדע או על ידי משרד החינוך. **שם מוסד הלימודים:** \_\_\_\_\_

לימודי סיעוד בבתי ספר המוסמכים לביצוע התוכנית על ידי משרד הבריאות, מינהל הסיעוד, על פי תקנה 6(2) לתקנות בריאות העם (העוסקים בסיעוד בבתי חולים) התשמ"ט-1988 או השתתפות בקורס להכשרה מקצועית בתזונה במסגרת מרכז הדרכה ארצי של משרד הבריאות.

לימודים לתואר ראשון מוכר באוניברסיטה הפתוחה בהיקף של 3 קורסים בסמסטר לפחות, המזכים בנקודות זכות לתואר.

לימודים תורניים (לימודים בשיבה גבוהה או בכולל). **שם מוסד הלימודים:** \_\_\_\_\_

הצהרה זו ניתנה במסגרת בקשתי לתמיכת משרד הכלכלה והתעשייה עבור ילדי השוהה במעון/משפחתון. ידוע לי כי אהיה חייב/ת לדווח למשרד הכלכלה והתעשייה על כל שינוי בתוכנית הלימודים או על הפסקת הלימודים. במקרה של אי מסירת דיווח על שינויים – אהיה חייב/ת להשיב באופן מיידי את כל סכום התמיכה, מן המועד בו לדעת המשרד חל השינוי במצבי, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית.

אני מצהיר/ה, כי הנתונים שמסרתי הינם נכונים ומדויקים. ידוע לי כי עליי לומר את האמת כולה ואת האמת בלבד וכי אם לא אעשה כן אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המצהיר \_\_\_\_\_