განაცხადის ფორმა

1. ინფორმაცია სტუდენტის შესახებ

|  |  |
| --- | --- |
| სახელი, გვარი |  |
| დაბადების თარიღი,რიცხვი, თვე, წელი |  |
| მისამართი |  |
| ტელეფონის ნომერი |  |
| ელ–ფოსტა |  |
| უმაღლესი სასწავლებელი(ბაკალავრიატი) |  |
| სამაგისტრო პროგრამაზე ჩარიცხვის წელი |  |
| სემესტრი |  |
| სპეციალიაზაცია  |  |

1. კლინიკა (კლინიკები), რომელშიც გსურთ საქმიანობის დაწყება

სპეციალური კლინიკის გავლის სურვილის შემთხვევაში **აუცილებლად მიუთითეთ 5 კლინიკა პრიორიტეტების მიხედვით;**

ერთზე მეტი კლინიკის გავლის სურვილის შემთხვევაში აუცილებლად მიუთითეთ აღნიშნულის შესახებ.

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

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

 3. თქვენი მოტივაცია და მოლოდინი კლინიკასთან დაკავშირებით

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

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

შესარჩევი ეტაპების წარმატებით გავლის შემთხვევაში ვალდებულებას ვიღებ:

• მონაწილეობა მივიღო კლინიკური სწავლების ფარგლებში ჩატარებულ სპეციალურ სემინარებსა და ტრენინგებში;

• აქტიური მონაწილეობა მივიღო კლინიკის მუშაობაში;

• დავესწრო ყველა შეხვედრას და კეთილსინდისიერად შევასრულო კლინიკის ხელმძღვანელის დავალებები;

• საქმიანობის განხორციელებისას დავიცვა იურისტის საქმიანობის ეთიკური ნორმები.

ვაცნობიერებ, რომ აღნიშნული ვალდებულებების არაჯეროვანი შესრულება შესაძლებელია გახდეს ჩემი კლინიკიდან გარიცხვის საფუძველი.

 -- -- 2024