

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	
სპეციალიზაცია	

2. 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.