



Date: _____

I (Full Name) _____ (Israeli ID No.) _____

hereby declare that I am **financially independent**.

I **do not** receive any financial assistance of any kind from my parent/s, spouse or relatives.

I am aware that if my statement will be found incorrect, I will not be eligible for a scholarship from Telfed.

תאריך: _____

אני (שם מלא) _____ (מספר ת.ז.) _____
מצהיר/ה בזאת כי אני **עצמאי/ת**
כלכלית.

איני מקבל/ת סיוע כלכלי בשום דרך או צורה מהורי, בן/הת זוגי או בני משפחתי.

אני מודע/ת לכך שאם הצהרתי תמצא לא נכונה, זכותי למלגה מתלפד תילקח ממני.

חתימה - Signature

X
