



טופס בקשה להתאמות מסיבות רפואיות

סטודנטים יקרים,

טופס בקשה זה מיועד לסטודנט הזקוקים להתאמות מסיבות רפואיות בלבד! (בקשות להתאמות מסיבות רגשיות יש להגיש באמצעות השירות הפסיכולוגי בדקאנט הסטודנטים, בקשות בגין מגבלה חושית או פיסית יש להגיש באמצעות המדור לקידום סטודנטים, בקשות עקב לקות למידה/הפרעת קשב, יוגשו באמצעות המדור לייעוץ לימודי).

יש לצרף לטופס זה אישור רופא מומחה מעודכן (עד חצי שנה מיום הגשת הבקשה), הכולל את הפרטים הבאים:

- מהות הבעיה הרפואית ותיאורה
- השלכותיה התפקודיות
- המלצות הרופא לגבי התאמות

במידה ויש אישור אחוזי נכות ביטוח לאומי או ידי משרד הביטחון, ניתן לצרף לבקשה את האישור.

את הטופס יש למסור לוועדת ההוראה של הפקולטה.

הבקשה תישלח לרופא האוניברסיטה וההחלטה תתקבל, בין השאר, על סמך חוות דעתו.

חוות הדעת של רופא מומחה מטעם הסטודנט היא בגדר המלצה ואינה מחייבת את רופא האוניברסיטה.

רצוי לפנות לוועדה כבר בתחילת שנת הלימודים.

התהליך נמשך כשישה שבועות.

תלמיד בתכנית דו-חוגית בשתי פקולטות שונות יפנה רק למזכירות של אחת הפקולטות ולא לשתייהן.



טופס בקשת התאמות לסטודנטים עם מגבלה פיסיית/חושית/מחלה כרונית

פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ כתובת: _____
דואר אלקטרוני: _____ טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____

חוגי לימוד

נא סמן - תואר ראשון שני פקולטה: _____
חוג לימוד: _____ שנה _____
חוג לימוד: _____ שנה _____

אנא תארי/ את הבעיה הרפואית עמה את/ה מתמודד/ת:

מועד פרוץ הבעיה הרפואית: **שנה** _____

האם ניתן טיפול תרופתי קבוע עקב הבעיה? כן לא

במידה וכן **נא לפרט את הטיפול:**

מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלה על לימודיך?

• **התאמות בלימודים** אנא פרט/י את ההתאמות הנדרשות:

הערות נוספות:

חתימת המבקש

תאריך

קריית האוניברסיטה, רמת-אביב, ת"ד 39040, תל-אביב 69978. טל' 03-6408097, פקס' 03-6409690
לשכת דקאן הסטודנטים טל' 6406797; מלגות וסיוע כלכלי טל' 6408067; ייעוץ בבחירת מקצוע טל' 6409692;
שרות פסיכולוגי טל' 6409694; המדור לקידום סטודנטים טל' 6409691; מעורבות חברתית טל' 6408848; הכוון תעסוקתי טל' 6409695



הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ מ"ז _____
 נותן בזאת לד"ר _____ למסור לדקאנט הסטודנטים של
 אוניברסיטת תל אביב את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרוש המבקש על מצב
 בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או אני חולה בה כיום, או כל מידע אחר.
 אני משחרר/ת את ד"ר _____ ואת הוועדה להתאמות רפואיות משמירת סודיות
 רפואיות, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותי או מידע
 כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר
 למסירת מידע כאמור.

חתימה: _____