

ערעור על החלטה בדבר התאמות בבחינות

ערעור על החלטה בדבר התאמות יידון בוועדת ערעורים הפועלת מטעם האוניברסיטה חברי הוועדה כוללים נציגי חוגים, נציגי דקאנט הסטודנטים (עובדת סוציאלית), רכזת נגישות ורופא

א. לצורך הגשת ערעור עליך:

1. למלא טופס ערעור וטופס ויתור על סודיות רפואית (ראה בהמשך)
2. לצרף אישורים רפואיים מרופא מומחה בלבד, מעודכנים לחצי השנה האחרונה
3. תשובת הפקולטה לבקשתך המקורית
4. הנך רשאי לערער על החלטת האחראי לקביעת התאמות תוך 15 יום מיום שנודע לך עליה.

ב. החלטת הוועדה תועבר אליך וליחידה בה אתה לומד תוך 30 יום מיום הגשת הערעור

את הטופס יש לשלוח לדוא"ל: apeal@tauex.tau.ac.il

פרטים אישיים

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

חוגי לימוד

נא הקף: תואר ראשון/שני _____ פקולטה: _____
חוג לימוד: _____ שנה _____
חוג לימוד: _____ שנה _____

מגבלה

פרט/י: 1. אחוזי נכות _____ זמני/ לצמיתות 2. זכאות לסל שיקום כן/ לא
שיקום- ביטוח לאומי/ משרד הביטחון סניף _____ שם עובדת שיקום _____

מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלה על לימודיך?

פרט את ההתאמות שאושרו לך _____

פרט את ההתאמות שנדחו _____

פרט את הסיבות לערעור: _____

תאריך: _____ חתימת המבקש: _____

הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ מ"ז _____
נותן בזאת לעו"ס אילנה קאופמן _____ למסור לוועדת ערעורים על
התאמות של 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 מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות
זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה: _____

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

<https://deanstudents.tau.ac.il/advancement>