

ערעור על החלטה בדבר התאמות בבחינות

ערעור על החלטה בדבר התאמות יידון בוועדת ערעורים הפועלת מטעם האוניברסיטה. חברי הוועדה כוללים נציגי חוגים, נציג דקאנט הסטודנטים, רופא ורכזת נגישות. מועדי התכנסות הוועדה מפורסמים באתר הנגישות של האוניברסיטה.

א. לצורך הגשת ערעור עליך:

1. למלא טופס ערעור (מצ"ב)
2. לצרף את האישורים הרפואיים שהוגשו בבקשה המקורית להתאמות. במידה שיש אישורים חדשים, יש לצרפם. האישורים יהיו עדכנים ומרופא מומחה בלבד.
3. הנך רשאי לערער על החלטת האחראי/ת לקביעת התאמות תוך 15 יום מיום שנודע לך עליה.
4. עליך למלא טופס ויתור סודיות.

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

טופס ערעור

פרטים אישיים

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

חוגי לימוד

פקולטה: _____ חוג לימוד: _____ תואר: ראשון/שני (סמך) שנה: _____
פקולטה: _____ חוג לימוד: _____ תואר: ראשון/שני (סמך) 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/י את ההתאמות שאושרו לך

פרט/י את ההתאמות שנדחו _____

פרט/י את הסיבות לערעור

האם אושרו לך ע"י גורמים נוספים באוניברסיטה התאמות עקב לקות למידה או התמודדות עם מגבלה נוספת? כן / לא.

אם כן, פרט אילו התאמות אושרו:

תאריך: _____ חתימת המבקש: _____

הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ ת"ז _____

נותן בזאת לרכז/ת הועדה 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: _____