

## 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 והחלטה 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 פיזית/חושית/מחלה כרונית**

**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 \_\_\_\_\_

אנא תאר/י את הבעיה הרפואית עמה את/ה מתמודד/ת: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

מועד פרוץ הבעיה הרפואית: \_\_\_\_\_  
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 פרטי את ההתאמות הנדרשות: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

הערות נוספות: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

## 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 מחלותיי או מידע  
כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר  
למסירת מידע כאמור.

חתימה: \_\_\_\_\_