

# ערעור על החלטה בדבר התאמות בבחינות

ערעור על החלטה בדבר התאמות יידון בוועדת ערעורים הפועלת מטעם האוניברסיטה**.**

חברי.ות הוועדה כוללים.ות נציגי חוגים, נציג דקאנט הסטודנטים (עובד.ת סוציאלי.ת), רכז.ת נגישות ורופא.ה.

1. לצורך הגשת ערעור עליך:
	1. למלא טופס ערעור וטופס ויתור על סודיות רפואית (ראה.י בהמשך).
	2. לצרף אישורים רפואיים מרופא.ה מומחה בלבד, מעודכנים לחצי השנה האחרונה.
	3. לצרף את תשובת הפקולטה לבקשתך המקורית.

הנך רשאי.ת לערער על החלטת האחראי.ת לקביעת התאמות תוך 15 יום מיום שנודע לך עליה.

1. **החלטת הוועדה תועבר אליך** וליחידה בה את.ה לומד.ת 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 להקיף: תואר ראשון / שני

פקולטה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חוג לימוד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_\_

חוג לימוד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_\_

**מגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

פרט.י: אחוזי נכות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ זמני / לצמיתות

זכאות לסל שיקום: כן / לא

שיקום - ביטוח לאומי / משרד הביטחון סניף: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם עובד.ת שיקום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלה על לימודיך? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרט.י את ההתאמות שאושרו לך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**פרט.י את ההתאמות שנדחו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**פרט.י את הסיבות לערעור**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת המבקש.ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **הצהרת התלמיד.ה על ויתור סודיות:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מ"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_