

טופס בקשה להתאמות מסיבות רפואיות בטיפול הפקולטה

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 מעודכן (עד חצי שנה מיום הגשת הבקשה) מרופא מומחה בלבד
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 לשלוח לוועדת ההוראה הפקולטתית vht@tauex.tau.ac.il.

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.

זכות ערעור: באפשרותך לערער על ההחלטה בפני ועדת ערר, תוך 15 יום מיום מסירת ההחלטה. עליך להגיש את הערעור בכתב ובאפשרותך להופיע לפני הוועדה במועד ובמקום שיקבע, כמו כן באפשרותך להביא מומחה מטעמך.

באתר הפקולטה נמצא **טופס ערעור** - את טופס הערעור והמסמכים הנלווים יש לשלוח לדוא"ל: apeal@tauex.tau.ac.il

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

טופס בקשת התאמות לסטודנטים המתמודדים עם בעיות רפואיות

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 פרט/י 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: _____