**טופס בקשה להתאמות בבחינות/לימודים בגין מגבלה פיזית/חושית**

**(כולל מחלות שיש בגינן מגבלה פיסית)**

המדור לקידום סטודנטים אחראי על מתן התאמות בגין מגבלות שצוינו לעיל.

1. לצורך קבלת התאמות עליך:
2. למלא טופס בקשה להתאמות (מצ"ב בהמשך)
3. לצרף אישורים רפואיים כנדרש
4. להגיע לפגישת הכרות שתתואם עמך

בפגישה תתבקש לחתום על טופס ויתור סודיות

1. אישורים רפואיים שיש לצרף לטופס הבקשה:

* **לקות שמיעה:** אודיוגרמה וחוות דעת רפואית של רופא אף אוזן גרון
* **לקות ראייה:** צילום תעודת עיוור במידה שיש. בעלי ראייה ירודה, ללא תעודת עיוור, יצרפו חוות דעת מטעם רופא עיניים, המתייחסת למהות המגבלה, חומרתה והשלכות המגבלה על התפקוד.
* **מגבלה פיסית:**  מסמכים רפואיים המעידים על המגבלה/מחלה מרופא מומחה המתייחסים למהות המגבלה, חומרתה והשלכותיה על התפקודים השונים.
* **לכלל המגבלות**: במידה שיש, אישור ביטוח לאומי /משרד הביטחון על % נכות. במידה וקיימת זכאות לסל שיקום, יש לצרף אישור זכאות.

לא יתקבלו אישורים של רופא משפחה.

1. החלטות על התאמות יועברו במייל בו זמנית אליך וליחידה בה את/ה לומד/ת תוך 30 יום מהגשת הבקשה.

1. 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.

מועדי הגשת בקשה: לסטודנטים המתחילים לימודים בסמסטר א' ­­­­­­­­­-עד 15 בדצמבר

לסטודנטים המתחילים לימודים בסמסטר ב' - עד 30 באפריל

במידת הצורך ניתן לקבל סיוע במילוי הטופס במדור לקידום סטודנטים

**טופס בקשת התאמות לסטודנטים עם מגבלה פיסית/חושית**

**(כולל מחלות שיש בגינן מגבלה פיסית)**

**פרטים אישיים**

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**חוגי לימוד**

נא סמנ/י: תואר ראשון/שני פקולטה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**מגבלה**

* ראיה
* שמיעה
* פיסית

נא פרט/י וסמנ/י: 1. אחוזי נכות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ זמני/ לצמיתות 2. זכאות לסל שיקום: כן/לא

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

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

**התאמות בלימודים**

אנא פרט/י את ההתאמות הנדרשות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הערות נוספות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת המבקש/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_