

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. **לערוך את כל הטפסים בקובץ PDF מאוחד כאשר טופס הערעור הינו בראש הקובץ.**
3. הנך רשאי לערער על החלטת האחראית 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

בקשות לערעורים תתקבלנה עד שבוע לפני מועד הוועדה.

החלטת הוועדה הינה סופית. ניתן לבחון אותה מחדש אם חל שינוי במצב. במקרה כזה יש לצרף אישורים רפואיים מתאימים.

אלה המועדים המתוכננים לוועדת ערעורים על התאמות בבחינות בשנת תשפ"ד. יתכנו שינויים מסיבות שאינן תלויות בנו. לבירורים : ענת קורן-דרור, רכזת נגישות : kanat@tauex.tau.ac.il

16.1.24

13.2.24

12.3.24

16.4.24

21.5.24

18.6.24

9.7.24

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 (סמן) שנה: _____
פקולטה: _____ חוג לימוד: _____ תואר: ראשון/שני (סמן) שנה: _____

מגבלה

פרט/י: 1. אחוזי נכות _____ זמני/ לצמיתות 2. זכאות לסל שיקום כן/ לא
שיקום- ביטוח לאומי/ משרד הביטחון סיני _____ 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 הוועדה 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: _____