**טופס בקשה להתאמות מסיבות רפואיות ומוגבלויות פיזיות או חושיות**

סטודנטים יקרים,

טופס הבקשה המצ"ב מיועד לסטודנטים הזקוקים להתאמות מסיבות רפואיות או מוגבלויות פיזיות או חושיות.

1. **לצורך קבלת התאמות הנכם מתבקשים**:
2. לצרף לטופס אישור עדכני של רופא מומחה (עד חצי שנה לפני מועד הגשת הבקשה), הכולל

את הפרטים הבאים:

* מהות הבעיה הרפואית, תיאורה ודרגת החומרה שלה
* השלכותיה התפקודיות
* המלצות הרופא לגבי התאמות
* **לקות שמיעה**: יש לצרף אודיוגרמה וחוות דעת רפואית של רופא אף אוזן וגרון.
* **לקות ראיה**: יש לצרף תעודת עיוור, אם יש. במקרה של ראיה ירודה ללא תעודת עיוור יש לצרף חוות דעת של רופא עיניים המתייחסת למהות המגבלה, חומרתה והשלכותיה על התפקוד.
* במידה ויש אישור לאחוזי נכות מהביטוח הלאומי או ממשרד הביטחון וכן זכאות לסל שיקום, יש לצרף אותם לבקשה.

לא תתקבל חוות דעת של רופא משפחה!

את הטופס יש לשלוח אל רכזת הנגישות: [kanat@tauex.tau.ac.il](mailto:kanat@tauex.tau.ac.il) .

1. **החלטות על התאמות**:

הבקשה תועבר לטיפול הפקולטה או לדקנאט הסטודנטים בהתאם לענין, וההחלטה שתתקבל, בין השאר, על סמך חוות דעתו של רופא האוניברסיטה, תועבר בו זמנית את הסטודנט ואל היחידה (או היחידות) בהן הוא לומד. ניתן לראות את ההחלטה גם במידע האישי לתלמיד.

חוות הדעת של רופא מומחה מטעם הסטודנט היא בגדר המלצה ואינה מחייבת את רופא האוניברסיטה.

1. **זכות ערעור:**

ניתן לערער על ההחלטה בפני ועדת ערר תוך 15 יום מפרסומה.

לצורך הערעור יש למלא בהתאם להנחיות את הטופס הנמצא באתר הנגישות: <https://www.tau.ac.il/accessibility/?tab=1> ולשלוח אותו לכתובת [appealscom@tauex.tau.ac.il](mailto:appealscom@tauex.tau.ac.il)

**טופס בקשת התאמות**

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

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

**סוג המגבלה (סמן) :** ראיה שמיעה אחר

**פרטי הבעיה הרפואית או המוגבלות**

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

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

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

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

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

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

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

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

מועד תחילת המגבלה / הבעיה הרפואית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ניתן טיפול תרופתי קבוע עקב הבעיה? כן / לא

במידה וכן, נא פרט את הטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

אחוזי נכות: ­­­%\_\_\_\_\_\_ זמני / לצמיתות זכאות לסל שיקום: כן / לא

שיקום: ביטוח לאומי / משרד הבטחון סניף: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם עובד השיקום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**התאמות בלימודים**

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

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

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

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

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

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

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

**הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשר בזאת לד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ למסור לדקנאט 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 מחלותי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

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