

## 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 עדכניים ומרופא מומחה בלבד.
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](mailto:appealscom@tauex.tau.ac.il)

אלה מועדי ועדת ערעורים על התאמות בבחינות בשנת תשפ"ג:

15.11.22

13.12.22

17.1.23

14.2.23

14.3.23

16.5.23

13.6.23

4.7.23

### 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

פרטי: 1. אחוזי נכות \_\_\_\_\_ זמני/ לצמיתות 2. זכאות לסל שיקום כן/ לא  
שיקום- ביטוח לאומי/ משרד הביטחון סניף \_\_\_\_\_ שם עובדת שיקום \_\_\_\_\_  
מהן ההשלכות התפקודיות של המגבלה על לימודיך? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### פרטי את ההתאמות שאושרו לך

פרטי את ההתאמות שנדחו \_\_\_\_\_  
פרטי 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: \_\_\_\_\_