

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

מרכז התמיכה בדקנט הסטודנטים אחראי על מתן התאמות בגין מגבלות שצוינו לעיל.

א. לצורך קבלת התאמות עליך:

1. למלא טופס בקשה להתאמות (מצ"ב בהמשך).
2. לצרף אישורים רפואיים כנדרש.
3. לחתום על טופס ויתור סודיות.
4. להגיע לפגישת הכרות שתתואם עמך.

### אישורים רפואיים שיש לצרף לטופס הבקשה:

- **לקות שמיעה:** חוות 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.**

ב. החלטות על התאמות יועברו במייל בו זמנית אליך ולמדור בחינות תוך 7 ימי עסקים מיום כינוס הוועדה.

ג. 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.

**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 סמך/י: תואר ראשון/שני פקולטה: \_\_\_\_\_  
חוג לימוד: \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

**מגבלה**

- ראייה
- שמיעה
- פיסית

• אחר : נא פרטי/י \_\_\_\_\_

נא פרטי/י וסמך/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 פרטי/י את ההתאמות הנדרשות:

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



הערות נוספות: \_\_\_\_\_

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

- הריני מאשר להעביר את פרטי לוועדת התאמות לצורך בחינה של המסמכים לקבלת התאמות.
- הריני מאשר שקראתי את תקנון נגישות הנמצא באתר המכללה  
<https://www.wgalil.ac.il/files/DEKANAT/negishut/nohal.pdf>

**טופס ויתור סודיות**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

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

ת.ז: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

הריני מאשר להעביר כל מידע רלוונטי לטיפול בי, המצוי ברשות שרותי דקנט הסטודנטים במכללה

האקדמית גליל מערבי, לגורמים הנדרשים לעניין.

כל מידע שיועבר יישאר חסוי ויועבר אך ורק לשם קידום לימודי והטיפול בי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_