

ערעור על החלטה בדבר התאמות בבחינות – תשפ"ו

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 מפורטים מטה.

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 כקובץ PDF מאוחד, כאשר טופס הערעור הינו בראש הקובץ.**
4. את המסמכים יש לשלוח אל רכזת הנגישות, דרך [מערכת הפניות](#): **קטגוריה:** ערעור על התאמות / הקלות / תוספת זמן בבחינות **נושא:** בחינה - ערעור על התאמה / תוספת זמן בבחינות **בשל רקע רפואי** / מחלה / מגבלה פיזית / חושית
5. הנך רשאי לערער על החלטת האחראי/ת לקביעת התאמות, תוך 15 יום מיום שנודע לך עליה.
6. עליך למלא טופס ויתור סודיות.

ב. 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"ה. יתכנו שינויים מסיבות שאינן תלויות בנו.

לבירורים: כלנית שינא-נרקיס, רכזת נגישות: calanitsn@tauex.tau.ac.il

28.04.26 .6	25.11.25 .1
26.05.26 .7	23.12.25 .2
30.06.26 .8	27.01.26 .3
28.07.26 .9	17.02.26 .4
	24.03.26 .5

טופס ערעור על החלטה בדבר התאמות בבחינות – תשפ"ו

פרטים אישיים

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' ת.ז: _____

כתובת: _____ דואר אלקטרוני: _____

טלפון נייד: _____

חוגי לימוד

פקולטה: _____ חוג: _____ תואר: ראשון/שני (סמן)
שנת התחלת התואר: _____

פקולטה: _____ חוג: _____ תואר: ראשון/שני (סמן)
שנת התחלת התואר: _____

הסיבה לבקשת התאמות:

פרט/י: 1. אחוזי נכות _____ זמני/ לצמיתות 2. זכאות לסל שיקום כן/ לא
שיקום (סמן): ביטוח לאומי/ משרד הביטחון סניף _____
שם עובד/ת השיקום _____

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, אילו התאמות אושרו וע"י מי?

תאריך: _____ חתימת המבקש: _____

הצהרת התלמיד על ויתור סודיות:

אני הח"מ _____ ת"ז _____

נותן בזאת אישור לרכז/ת הועדה למסור לוועדת ערעורים על התאמות 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 מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה: _____