



## טופס בקשה להתאמות בבחינות עקב מגבלות רפואיות/פיזיות/נפשיות

סטודנט/ית המבקש/ת התאמות בבחינות בגין מגבלות רפואיות/פיזיות/נפשיות חמורות מתבקש/ת למלא את הטופס הבא ולצרף אישורים רלוונטיים מרופא מומחה בלבד.

**את הבקשה יש להגיש למזכירות מרכז התמיכה עד שבועיים מתחילת כל סמסטר**

### פרטים אישיים של הסטודנט/ית:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_  
מסלול: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ שנה וסמסטר: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

א. פרטי/י מהן המגבלות בגינן את/ה מבקש/ת התאמות בבחינות?

---

---

---

---

ב. פרטי/י והסברי/י כיצד מגבלות אילו משפיעות על אופן התפקוד בבחינה?

---

---

---

---

ג. פרטי/י אילו התאמות בבחינות הנך מבקש/ת?

---

---

---

---

ד. האם קבלת התאמות בבחינות הבגרות ו/או בבחינה הפסיכומטרית בגין המגבלה הרפואית/הפיזית/הנפשית?

א. כן (יש לצרף העתק של האישור)  
ב. לא

**ברצוננו לציין כי הוועדה לא תוכל לדון בבקשות אשר תוגשנה באיחור או ללא כל אישורים הנדרשים!**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הסטודנט/ית: \_\_\_\_\_

## כתב הסכמה וויתור על סודיות

אני הח"מ מאשר/ת בזה ונותן/ת הסכמתי להעביר את המסמכים לוועדה הרפואית שכוללת רופאים מומחים מבי"ח נהריה.

הובהר לי כי לצורך דיון בבקשתי יימסר לוועדה כל המידע האישי, הפרטי והרפואי המצוי ברשות המכללה אודותיי, והנני נותן/ת בזה הסכמתי המפורשת להעברת המידע. הנני משחרר/ת את המכללה ו/או כל עובד מעובדיה ו/או כל מוסד ממוסדותיה מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע אלי ו/או לעבודתי ו'או ללימודי ולכל רישום אחר המתייחס אלי ו/או למצב בריאותי ו/או השיקומי הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או פגיעתי ו/או מחלה כלשהי בה חליתי ומוותר/ת על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק זכויות החולה וחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, היא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי ברשות המכללה.

שם הסטודנט: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_



לכבוד,  
מרכז התמיכה לסטודנט  
דקנט הסטודנטים  
המכללה האקדמית להנדסה בראודה

### כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום/ה מטה נותן/ת בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של בית החולים ו/או לכל קופת חולים כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל שלוחותיו או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ואדם אחר כלשהו למסור למבקש את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל באופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי ו/או מצבי הסייעודי ו/או השיקומי ובכלל זה פגיעה כתוצאה מתאונות דרכים או תאונות עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר.

הנני משחרר/ת את המבקש וכל מי שיוסמך על ידו וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או מוסד רפואי ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ומוותר על סודותי הרפואית כלפי הנ"ל ומתיר/ה כל אדם כאמור לתת כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי.

לא תהיה לי כלפי המבקש או כלפי המצוינים לעיל כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מיפה את כוחו של המבקש ו/או כל רופא מטעמכם להגיש בקשת עיון במידע אודותי המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

כתב ויתור זה מחייב אותי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

**פרטי המוותר:**

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
שם קופת חולים: \_\_\_\_\_ שם רופא מטפל: \_\_\_\_\_  
שם הרופא המומחה שנתן חוות דעת: \_\_\_\_\_  
כתובת הרופא המומחה שנתן חוות דעת: \_\_\_\_\_