### טופס בקשה להתאמות בבחינות בגין סיבות רפואיות

**הנחיות כלליות:**

1. יש לחתום על אישור ויתור סודיות המצ"ב.
2. יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים **ועדכניים מרופא מומחה**. בקשה ללא אישורים לא תטופל. האישורים צריכים להיות ברורים וקריאים. חומר לא קריא לא יטופל. האישור הרפואי יכלול חותמת רופא ומספר רישיון. כמו כן יש לצרף בכתב ברור את שם הרופא ומספר טלפון שניתן להשיגו.
3. בבעיות רפואיות כרוניות יש לפנות עד חודש לפני מועד א' של בחינות סוף סמסטר.
4. יש להגיש את הטפסים לרכזת הנגישות, הנמצאת במרכז לנגישות אקדמית, במעטפה סגורה. ניתן גם להעביר באמצעות המידע-נט.
5. הבקשה תיבחן על ידי רופא תעסוקתי. התשובה תינתן על ידי רכזת הנגישות, תוך 14 ימים מתאריך הגשת הבקשה.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. |
| בית ספר / חוג | שנת לימודים במכללה |  |
| כתובת | טלפון בבית | טלפון נייד |

יש לציין מהי הבעיה הרפואית בגינה הנך פונה בבקשה

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

## יש לציין מהן המגבלות התפקודיות שיוצרת הבעיה הרפואית

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

האם זוהי בקשה ראשונה או חוזרת בגינה את/ה פונה לרופא תעסוקתי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה מקבל/ת הארכת זמן במבחנים: כן / לא

פירוט המסמכים המצ"ב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות**

אני החתום/ה מטה

שם משפחה שם פרטי תעודת זהות שם האב

רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למסלול האקדמי המכללה למנהל (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

תאריך חתימה