



לכבוד: דיקאן הסטודנטים  
תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס בקשה להתאמות עקב מגבלה פיזית או רפואית – תשע"ז**

שם הסטודנט/ית \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
מגמת לימוד \_\_\_\_\_ מספר פעולה \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ מס' טלפון \_\_\_\_\_

מהות המגבלה (יש לפרט)

---

---

---

השפעת המגבלה על אופן ביצוע בחינת גמר

---

---

---

ההתאמה המבוקשת לתנאי הבחינה:

---

---

מצי"ב חוות דעת ואישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

הנני מאשר לכם בזאת, לפנות לגורמים החתומים על המסמכים המצורפים או לכל גורם אחר, שאמסור  
לכם את פרטיו, לצורך טיפול בבקשתי זו.

על החתום

---