



לכבוד: דיקאנית הסטודנטים
תאריך: _____

טופס בקשה להתאמות עקב מגבלה פיזית או רפואית

שם הסטודנט/ית _____ מס' ת.ז. _____

מגמת לימוד _____

כתובת _____ מס' טלפון _____

מהות המגבלה (יש לפרט)

השפעת המגבלה על אופן ביצוע בחינת גמר

ההתאמה המבוקשת לתנאי הבחינה:

מצ"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
