

## נספח ב'

### בקשה להתאמת נגישות אישית על בסיס רפואי / רגשי

סטודנט/ית יקר/ה,

אנו שמחים שבחרת ללמוד באוניברסיטה הפתוחה. אנו עושים כל שביכולתנו כדי להתאים את חוויות הלימוד באוניברסיטה לכלל אוכלוסיית הסטודנטים. טופס בקשה זה יאפשר לנו להכיר אותך טוב יותר כדי להגיש את הלימודים עבורך בצורה מיטבית.

הפרטים בטופס זה ישמשו לשם קבלת התאמות נגישות במהלך הלימודים ובבחינות בלבד, ולא יועברו לגופים אחרים באוניברסיטה שלא לצורך זה.

הבקשה כוללת שלושה חלקים. להלן ההנחיות להשלמת תהליך הבקשה:

1. עליך להשלים את טופס הבקשה
2. יש להשלים ולחתום על כתב ויתור על סודיות רפואיות (במטרה לאפשר לנו לקבל מידע רפואי בכדי לקבוע את התנאים וההתאמות)
3. ללא צירוף חוות דעת של רופא מומחה, המעיד על המוגבלות ועל הצורך בהתאמות, לא נוכל לטפל בפנייתך.

לסיוע במילוי הטופס ניתן לפנות למרכז התמיכה במדור הנגישות, בדוא"ל [nagish@openu.ac.il](mailto:nagish@openu.ac.il) / טל': 09-7781501 / פקס: 09-7780634 (יש לציין 'מדור נגישות'). באין מענה מומלץ להשאיר הודעה עם מספר ת.ז, שם ונושא הפניה.

## טופס הגשת בקשה

שם הסטודנט	מספר ת.ז.	ישוב	שנת לידה	טלפון נייד

1. אבקש התאמה אישית לשירותי למידה כמפורט להלן:

סמסטר לימוד/כללי

קורס (שם ומספר)/כללי

2. אבקש התאמת נגישות בשל מוגבלות מסוג (יש לפרט את המגבלה):

3. המגבלה או המגבלות גורמות לי לפגיעה תפקודית בלימודים בתחומים הבאים:

4. בשל המוגבלות הנ"ל אבקש את ההתאמות הבאות (יש לפרט את ההתאמות):

במפגשי הלימוד

חומרי הלימוד

בבחינות

במעבדות/סיוורים

5. יש לסמן את המתאים:

אני  מוכר/  לא מוכר במוסד לביטוח הלאומי

אני  זכאי/  לא זכאי\* לסל שיקום מ-  ביטוח לאומי/  משרד הבריאות/

משרד הבטחון/  גוף אחר.

ברשותי תג נכה לרכב (מצ"ב צילום)

\* סטודנט הזכאי לסל שיקום, יצרף אישור זכאות. מי שמוכר בבט"ל ואינו זכאי, יצרף מכתב מעובדת השיקום.

6. להלן כתב ויתור על סודיות רפואית. עליך לשלוח אותו, כשהוא חתום, לפקס או במייל המופיעים מעלה:

אני הח"מ: \_\_\_\_\_, נושא ת.ז: \_\_\_\_\_, נותן בזאת לד"ר: \_\_\_\_\_, למסור לאחראית ההתאמות במרכז התמיכה של האוניברסיטה הפתוחה (המבקשת) 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 מר/גב/ד"ר \_\_\_\_\_ ואת המבקשת משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותי או שיקומי או מחלותיי או מידע כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשת, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.  
חתימה \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

7. הערות נוספות:

---

---

---

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

מצ"ב מסמכים המעידים על המוגבלות ועל הצורך בהתאמות המבוקשות, כולל חוות דעת רפואית של רופא מומחה (ולא רופא משפחה) המתייחסת לפגיעה התפקודית ולהשפעת המוגבלות על תפקודי האקדמי.

יש לשלוח את טופס הבקשה, מלווה במסמכים הנוספים, לדוא"ל: [nagish@openu.ac.il](mailto:nagish@openu.ac.il) או לפקס: 09-7780634 (יש לציין 'מדור נגישות').