

דקאנט הסטודנטים
Dean of Students Office

טופס פנייה לקבלת סיוע ושירותים מהמרכז לקידום הסטודנט
עקב מוגבלות/ מצב רפואי/ מצב נפשי

*כדי שפנייתך תתקבל יש למלא ולשלוח טופס ויתור סודיות (מצ"ב בהמשך). לא נוכל להתחיל את הטיפול בבקשתך ללא טופס ויתור סודיות
*טפסים יתקבלו בפורמט PDF בלבד

תאריך: _____

שם מלא:	ת.ז.:
פקולטה ומחלקה:	
שנת לימודים: א / ב / ג / ד / אחר: _____	מגדר: נקבה / זכר / אחר
טלפון נייד:	דואר אלקטרוני:

1. א.מהי המוגבלות/ בעיה רפואית/ נפשית/ אחר שבגללה אתה פונה

- ב. האם אתה מוכר/ת ע"י הביטוח הלאומי? כן לא (סמני במקום המתאים)
- ג. האם אתה נכה צה"ל/ משרד הבטחון? כן לא (סמני במקום המתאים)

מתי התגלתה הבעיה/ מוגבלות? (באיזו שנה ובאיזה גיל)

2. הקשיים והצרכים בעקבות המוגבלות/ בעיה רפואית:

<p>לאיזה סיוע/ התאמות/ הנגשות אתה זקוקה כדי להתגבר על הקשיים שצינת בסעיף הקודם? אנא הסבירי בפירוט מדוע ההתאמה חיונית וכיצד היא תפתור את הקשיים שצינת</p>	<p>כיצד תסמינים או קשיים אלו משפיעים או עלולים להשפיע על תפקודך האקדמי (למידה, בחינות, תקשורת עם מרצים וסטודנטים וכו'):</p>	<p>מאילו תסמינים אתה סובלת או אילו קשיים אתה חווה בעקבות המוגבלות/ בעיה רפואית:</p>

3. היית רוצה לבקש או להוסיף משהו? אם כן, תוכלי לעשות זאת כאן:

המרכז לקידום הסטודנט

כתב ויתור על סודיות ו/או סודיות רפואית

*טופס זה נועד לאפשר לנו קבלה וטיפול במסמכים רפואיים ואחרים שלך.

לכבוד: המרכז לקידום הסטודנט, דקאנט הסטודנטים

H.I.T מכון טכנולוגי חולון

אני _____ החתום מטה, מס' ת.ז. _____ נותן
בזה רשות לצוות המרכז לקידום הסטודנט, (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן
הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע
על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים. ו/או אבחון לקויות למידה ו/או אבחון הפרעת קשב.

בכדי לסייע לי בבקשה מיוחדת לקבל התאמות מיוחדות בדרכי היבחנות ותמיכה אקדמית במסגרת
לימודי במחלקה _____ בשנה _____.

המידע יישמר על ידי שירותי המרכז לקידום הסטודנט, בחיסיון מלא וישמש לצורך מתן התאמות
בדרכי הבחנות ותמיכה אקדמית מותאמת על פי הצרכים.

על מנת לסייע לי בלימודי אני מתיר העברת מידע על פי צורך, ליחידות הרלוונטיות במכון, דוגמת:
מדור בחינות, יועצים אקדמיים, היחידה להכוון תעסוקתי, מדור רישום וקבלה ויחידות אחרות.

על החתום:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת"ז: _____ מס' טלפון: _____

כתובת: _____ יישוב/ עיר: _____

דוא"ל: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

דקאנט הסטודנטים

Dean of Students Office

תודה רבה על שיתוף הפעולה, ניצור איתך קשר תוך מס' ימים להשלמת התהליך.