



טופס בקשה לתוספת זמן עקב מגבלות רפואיות

את הטופס יש להגיש ביחד עם כתב ויתור על סודיות רפואית, טופס למילוי ע"י רופא (בקשה להארכת זמן במבחן) ואישורים רפואיים רלוונטיים.

א. פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
מס' ת.ז: _____ תאריך לידה: _____
כתובת: _____
טלפון: _____
דוא"ל: _____

ב. האם הנך מוכר כנכה ע"י המוסד לביטוח לאומי או משרד הבטחון? כן / לא
אם כן פרט:

1. אחוזי הנכות: _____
2. סעיפי הליקוי: _____
3. נכות: זמנית / לצמיתות
4. מועד קביעת הנכות: _____

ג. פרט את המגבלות הרפואיות וצרך אישורים מתאימים.

ד. מהן השלכות התפקודיות של המגבלות הרפואיות על תהליך ההיבחנות?

ה. האם קבלת הארכת זמן בבחינות הבגרות או בבחינה הפסיכומטרית בגין המגבלה הרפואית: כן / לא (אם כן, אנא צרף העתק של האישור הרלבנטי).

הערות: _____