



מו"ר - מרק"ם - מר"ב

טופס הצהרה למבקש תנאים מותאמים

שם המועמד: _____ כתובת: _____

טלפון נייד: _____ דוא"ל: _____

כדי שנוכל לטפל בבקשתך יש לחתום על הצהרה שלהלן ולשלוח אותה אלינו.

את הצהרה יש לצרף לבקשה לתנאים מותאמים ולחומר הנלווה לה ולשלוח בדואר לכתובת זו:

מרכז ארצי לבחינות ולהערכה, ליחידה לבחינות מותאמות (בחינת מו"ר/מרק"ם/מר"ב), ירושלים 9126001.

לא נוכל להתחיל את הטיפול בפנייתך לפני הגעת הצהרה אלינו.

נא להקיף בעיגול את שם מערכת הבחינות שברצונך להיבחן בה בתנאים מותאמים: מו"ר / מרק"ם / מר"ב.

הצהרה

ידוע לי כי לבקשת האוניברסיטאות, המרכז הארצי לבחינות ולהערכה רשאי להעביר לבתי הספר לרפואה שנרשמתי אליהם, כל מידע הרלוונטי למועמדותי ללימודי רפואה, ובכלל זה המסמכים הנוגעים לטעמים שבגינם ביקשתי להיבחן בתנאים מותאמים.

על החתום: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____