



מו"ר - מרק"ם - מר"ב

טופס הצהרה למבקש תנאים מותאמים

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

את ההצהרה 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 ההצהרה 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: _____