

## מו"ר - מרק"ם - מר"ב

### טופס הצהרה למבקש תנאים מותאמים

שם המועמד/ת: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

כדי שנוכל לטפל בבקשתך, יש לחתום על ההצהרה ולצרפה למסמכים שתשלחו במסגרת הגשת הבקשה לתנאים מותאמים, כמפורט בהנחיות באתר המרכז הארצי לבחינות ולהערכה בכתובת [www.nite.org.il](http://www.nite.org.il) תחת "בחינות בתנאים מותאמים".

לא נוכל להתחיל את הטיפול בפנייתך ללא טופס הצהרה מלא וחתום.

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: \_\_\_\_\_