1. טופס זה הינו טופס שחובה למלאו במקרה שהחייב בהתאמות נגישות מבקש פטור מהתאמת נגישות מסוימת או חלק ממנה בשל מוגבלויות טכנולוגיות.
2. מטרת הטופס להציג את פרטי התאמות הנגישות שביחס אליהן נטען הפטור מסיבות של מוגבלות טכנולוגיות, פירוט נימוקים שהובילו לאישור הפטורים.
3. את הפטור רשאי לאשר מורשה נגישות שירות על סמך חוות דעת של איש מקצוע שקיימת מוגבלות כאמור.

## התאמת הנגישות לגביהן נטען פטור בשל מוגבלות טכנולוגית

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| סד | התוכן לגביו נטען הפטור (יש לציין כתובת URL או קישור למסמך מצורף לפטור) | מספר הקריטריון לגביו נטען הפטור | שם הקריטריון לגביו נטען הפטור | תאור המגבלה הטכנולוגית |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## הצהרת החייב בביצוע נגישות

אני, החייב בביצוע נגישות, מצהיר כדלקמן:

1. רשימת התאמות הנגישות לגביהן מתבקשים פטורים עקב מוגבלות טכנולוגית מפורטות בטבלה 2 לעיל.
2. העובדות בטופס זה הן אמת למיטב ידיעתי.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם מלא (לרבות תאגיד): | ת.ז / ח.פ | מס' טלפון: | דוא"ל: | בעלים / שוכר |
|  |  |  |  |  |
| שם המנהל (אם החייב הוא תאגיד): | | חתימה: | | תאריך: |
|  | |  | |  |

## אישור מורשה נגישות השירות

אני, החתום מטה, מורשה לנגישות השירות מצהיר בזה כי:

1. העובדות בטופס זה הן אמת.
2. בתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. הועברה לעיוני חוות הדעת המצורפת לפי סעיף 4 לטופס זה, לפיה ביצוע ההתאמות האמורות בלתי אפשרי בשל מגבלות טכנולוגיות.
3. לאחר שבדקתי את פרטי חוות הדעת, למיטב שיקול דעתי המקצועי לא ניתן לבצע את רשימת ההתאמות מהסיבות המפורטות בטבלה שבסעיף 2.
4. בחנתי חלופות שונות לביצוע התאמות הנגישות לגביהן נטען הפטור.
5. בתוקף סמכותי לפי תקנה 35(ו) לתקנות הנגישות לשירות ולמיטב שיקול דעתי המקצועי, אני מאשר פטור מביצוע ההתאמות האמורות, בכפוף לאמור בטבלה בסעיף זה.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| סד. | התוכן לגביו נטען הפטור (יש לציין כתובת URL או קישור למסמך מצורף לפטור) לפי הטבלה בסעיף 1 | פרוט חלופות שנבדקו | מאשר / לא מאשר פטור |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם המורשה: | מס ת.ז: | מס' רישום בפנקס הרשם: | מס' טלפון: | דוא"ל: |
|  |  |  |  |  |
| כתובת: | | חתימה: | | תאריך: |
|  | |  | |  |

## חוות איש מקצוע מתחום האינטרנט

אני, החתום מטה, איש מקצוע מתחום האינטרנט – אנא פרט השכלה מקצועית וניסיון מקצועי בתחום האינטרנט והנגשת אתרים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. נתבקשתי על ידי החייב בנגישות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לבדוק אפשרות ביצוע התאמות נגישות מסויימות ולהלן:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| סד. | התוכן לגביו נטען הפטור (יש לציין כתובת URL או קישור למסמך מצורף לפטור) לפי הטבלה בסעיף 1 | פרוט חלופות שנבדקו | ניתן לביצוע / לא ניתן לביצוע (יש לפרט מדוע לא ניתן לבצוע) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. העובדות בסעיפים א-ג הן אמת למיטב ידיעתי, וחוות דעתי זו היא לפי מיטב שיקול דעתי המקצועי.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם היועץ: | מס ת.ז: | מספר שנות נסיון בתחום נגישות האינטרנט: | מס' טלפון: | דוא"ל: |
|  |  |  |  |  |
| כתובת: | | חתימה: | | תאריך: |
|  | |  | |  |