



## הצהרת בריאות

חובה למלא טופס זה ולחתום עליו גם אם חתימה הרופא היא בטופס נלווה .  
יש לשלוח מקור בלבד.

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ מס' טלפון (עדיפות לנייד) \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מצהיר/ה מאשר/ת בזה כדלקמן  
1. בעבר חליתי במחלות הבאות:

\_\_\_\_\_

2. אין לי / יש לי \*\* נכות או מגבלה גופנית או מגבלה תפקודית. אם יש, נא לפרט:

\_\_\_\_\_

6. למיטב ידיעתי מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות:\*\*

אני מצהיר/ה/ ומאשר/ת/ בזה כי הפרטי הנ"ל ה הפרטי המדויקת, המלאי והנכונה ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ולראיה באתי על החתום להלן: (בהעדר אחת החתימות, של המועמד או של הרופא להלן – הטופס נחשב חסר)  
תארי \_\_\_\_\_ חתימת המועמד ת/ \_\_\_\_\_  
הנני מאשר/ת כי מצב בריאותו של \_\_\_\_\_ (שם ומשפחה)  
תקין לחלוטין ואינו חולה במחלה מוגדרת: מחלת נפש, מחלה שעשויה לסכן בריאות של אנשי אחרי, מחלקה או כושר לקוי, העלולה לשלול ממועמד או מתלמיד את היכולת לעסוק בבוא העת במקצועות רפואי.

\_\_\_\_\_ חותמת הרופא/ה המאשר

\* נא למחוק את המיותר: א אושפז יותר מפעם אחת, נא לצר\* להצרה זו מסמך נוסף\* ובו פרטי אשפוזי אלה (ש בית החולים, מועדי האשפוז וסיבותיו).

\*\* נא למחוק את המיותר