

בית הספר למדעי הבריאות - חוג לסייעוד

הצהרת בריאות למועמדים לחוג לסייעוד לשנת הלימוד תש"ף

אני החתום/ה מטה :

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת _____ מספר טלפון _____

תצהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים) :

1. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא, לרבות מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").
 אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי :

2. בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי :

3. אינני מקבל בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.
 אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

4. לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים: _____

מתאריך _____ עד תאריך _____

מהסיבות הבאו : _____

6. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר למוכירות התוכנית.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים בחוג לסייעוד. המכללה תהיה רשאית במקרה זה לנקוט בכל צעד שתמצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.

ולראיה באתי על החתום :

תאריך _____ חתימת המועמד/ת (בשום מקרה לא יחתום מיופה כוח) _____