

**הצהרת בריאות מועמדים ללימודים בפקולטה לרפואה ובמקצועות הבריאות**

אני החתום/ה מטה :

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

כתובת \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_

מצהיר/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, אנה פרטי:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל. אנה פרטי:

\_\_\_\_\_

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

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

5.  לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים: \_\_\_\_\_

מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מהסיבות הבאות

6. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות \_\_\_\_\_.

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 בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון. המוסד יהיה רשאי במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.

ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_