

הצהרת בריאות למחלקה לסייעוד בתואר ראשון

אני החתום מטה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ טל: _____

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 (להלן: "מחלה")

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרט/י:

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

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות בסעיף 1 לעיל. אנא פרט/י:

3. הריני מצהיר/ה בזה כי אינני סובל/ת ולא סבלתי ממחלה מסכנת, לרבות ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפולי או העלולה לשלול ממני את היכולת לעבוד בסייעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

4. לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 3 לעיל.

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 3 לעיל. אנא פרט/י:

5. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

מהסיבות הבאות:

6. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות ביה"ס/ מחלקה:

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. אוניברסיטת בן גוריון בנגב תהיה רשאית במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר. ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____