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

**(יש להדפיס את הטופס ולחתום עליו בכתב יד.)**

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, אנא פרט/י:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [ ]  בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרט/י:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [ ]  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. אנא פרט/י:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [ ]  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.

1. [ ]  לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

[ ]  אושפזתי בבית חולים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מתאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מהסיבות הבאות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר לטכניון.

**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 לרפואה בטכניון והטכניון יהיה רשאי במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.**

**ולראיה באתי על החתום להלן:**

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_