



הפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט המרכז לחילופי סטודנטים קליניים



הטכניון
מכון טכנולוגי
לישראל

אוגוסט 2024

לכבוד: הנהלת הפקולטה לרפואה

הנהלת המרכז הבינלאומי

הנדון : הצהרה- השתתפות בתוכנית חילופי סטודנטים 2026

אני, _____, ת.ז. _____ מצהיר/ה בזאת כי בדקתי את הסיכונים הפוטנציאליים הכרוכים בנסיעה ובהשתתפות בתוכנית זו וכי אני מודע/ת על המצב הביטחוני ברחבי העולם.

אני נוסע/ת לאחר ששקלתי היטב ובאופן יסודי את כל הנתונים והמידע הרלבנטי. אני לוקח/ת אחריות אישית ומלאה על נסיעתי והשתתפותי בתוכנית ומתחייב/ת לרכוש את כל הביטוחים הנדרשים לצורך נסיעתי והשתתפותי בתוכנית.

אני פוטר/ת בזאת את הפקולטה לרפואה ו/או הטכניון ו/או מי מטעמם מאחריות בגין כל נזק ו/או הפסד ו/או הוצאה ו/או השלכות שעשויים להתרחש במהלך נסיעתי ו/או השתתפותי בתוכנית. הצהרה זו ניתנת חופשית ומרצון, תוך הבנה מלאה של משמעותה והשלכותיה.

על החתום:

חתימה

תאריך

שם מלא