



**הפקולטה לרפואה ע"ש רות וברוך רפפורט  
הטכניון-מכון טכנולוגי לישראל**

**לכבוד : מתקבלי רפואה- תשעח**

רצ"ב הצהרת בריאות שמהווה תנאי לתחילת לימודים בפקולטה לרפואה אם טרם העברת הצהרה למשרדי רישום וקבלה, עליך להדפיסו למלא לחתום (בחתימה בכתב יד) ולהגישו ביום ההכוון יתקיים ביום ה' 19.10.17.

**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, אנא פרטי :

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

אני מקבלת/ בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ בסעיף 1 ו/או 2 לעיל. אנא פרטי :

\_\_\_\_\_

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

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות/ 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 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 זיוק 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 : \_\_\_\_\_