

הצהרת בריאות - מועמדים ללימודים בפקולטה למדעי הבריאות

אני החתום מטה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ טל: _____

המבקש ללמוד במסגרת הפקולטה ב:

- בית הספר לרפואה בית הספר לרוקחות בית הספר למדעי המעבדה הרפואית
- בית הספר למקצועות הבריאות ע"ש רקאנטי:
 המחלקה לסייעוד
 המחלקה לפיזיותרפיה
 המחלקה לרפואת חיהם
 המחלקה לניהול מערכות בריאות

מזהיר/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:

בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרט/י:

2. 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:

3. 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.

4. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית-חולים

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

מהסיבות הבאות:

5. אני מתחייבת/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות ביה"ס / המחלקה:

אני מצהירה 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 יהיה רשאי במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.

ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____