

לכבוד הפקולטה למדעי הבריאות

המחלקה _____

אוניברסיטת בן גוריון בנגב

ת.ד. 653 באר שבע 8410501

אישור רפואי

הנני מאשר/ת כי מצב בריאותו של _____

ת.ז.

שם פרטי

שם משפחה

המועמד/ת ללימודים בבית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש רקנאטי סובל/ת / איננו סובל/ת ממחלה מסכנת (נא מחק/י את המיותר).

הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות) התשמ"א-1981 ותקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי החולים) התשמ"ט-1988 אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

1. מחלת נפש.
2. מחלה העשויה לסכן בריאות בני אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסיעוד.
3. מחלה או כושר לקוי, העשוי לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד או בילוד, לפי העניין, לחלוטין, זמני או באופן חלקי.

הערות:

חתימה וחותמת כולל מס' רישיון של הרופא המאשר

תאריך