

**מועמדי החוג לאופטומטריה והחוג להפרעות בתקשורת בלבד
מתבקשים למלא את הצהרת הבריאות שלהלן.**

הצהרת בריאות

אני החתום(ה) מטה:

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כדלהלן:

1. בעבר חליתי במחלות הבאות: _____
2. לא אושפזתי מעודי בבית חולים / אושפזתי בבית חולים: *
3. אם אושפזתי: מתאריך _____ עד תאריך _____ מהסיבות הבאות _____
4. אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי / אני נמצא(ת) בטיפול רפואי של: ** _____
- מהסיבות הבאות: _____
5. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות: ** _____

אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ולראיה באתי על החתום

תאריך _____ חתימת המועמד(ת) _____

הנני מאשר(ת) כי מצב בריאותו של _____ (שם ושם משפחה) תקין לחלוטין ואינו חולה במחלה מוגדרת: מחלת נפש, מחלה שעשויה לסכן בריאותם של אנשים אחרים, מחלה או כושר לקוי העלולים לשלול ממועמד או מתלמיד את היכולת לעסוק בבוא העת במקצועות רפואיים.

חתימה וחתימת הרופא המאשר

תאריך

* נא למחוק את המיותר: אם אושפזי יותר מפעם אחת, נא לצרף להצהרה זו מסמך נוסף ובו פרטי אשפוזים אלה (שם ביה"ח, מועדי האשפוז וסיבותיו).

** נא למחוק את המיותר. נא להפוך במידת הצורך, לפי ההנחיות בסעיף ב' לעיל.

למועמדי החוג לאופטומטריה בלבד:

הנני מאשר/ת שבעין אחת לפחות הראייה המתוקנת היא 6/12 (0.5) או יותר.

חתימה וחתימת האופטומטריסט

תאריך