

טופס מס' 3

עדכון אחרון: דצמבר 2021

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים תצהיר לאב המיועד

- אני הח"מ _____ ת.ז. _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת, וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה כדלקמן:
1. נשוי / בן זוג של _____ / יחיד. יש לי _____ ילדים. מהם _____ מהליך נשיאת עוברים. מס' _____ ילדים מאומצים. ילדים מנישואים/קשר קודם _____.
 2. פניתי בעבר לוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים כן / לא.
 3. בן לדת _____.
 4. תושב מדינת ישראל (כהגדרתו בחוק) ותאריך לידתי _____.
 5. אין כל קרבת משפחה (כהגדרתה בחוק), ביני לבין האם הנושאת.
 6. כל המסמכים אותם מסרתי לוועדה כנדרש לפי החוק ובהתאם לנהלי הוועדה הינם נכונים ואמתיים.
 7. מתחייב להודיע לוועדה על כל שינוי מהותי במצבי הרפואי, בעובדות, בנסיבות או בתנאים שמסרתי לוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים, שעל בסיסה אושרה בקשתי כאב מיועד.
 8. לא הורשעתי בעבירה פלילית כלשהי, למעט עבירות לפי פקודת תעבורה.
 9. לא טופלתי ואינני מטופל בטיפול פסיכיאטרי. אם כן יש לצרף דו"ח טיפול.
 10. לא אושפזתי במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים. אם כן יש לצרף מהלך וסיכום אשפוז.
 11. קראתי בעיון את כל המסמכים המצורפים בנוגע למועמדת לאם נושאת לרבות חוות הדעת הפסיכולוגית, והבנתי את משמעותם.
 11. הנני מצהיר, כי זהו שמי, זוהי חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

_____ *חתימת האב המיועד

_____ *תאריך

הנני מאשר/ת כי ביום: _____ הופיע בפני עו"ד: _____

מס' רישיון: _____

במשרדי שברח': _____

מר: _____ אשר זיהה עצמו ע"י ת.ז.: _____.

לאחר שהזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר נכונות הצהרתו הנ"ל וחתם עליה בפני.

_____ *חתימת עו"ד

_____ *תאריך

עמוד - 1 - מתוך 1

Ministry of Health

P.O.B 1176 Jerusalem 91010

Tel: 02-5080301, Fax: 02-5655957

pundekaut@moh.gov.il



משרד הבריאות

ת.ד. 1176 ירושלים 91010

טלפון: 02-5080301, פקס: 02-5655957

pundekaut@moh.gov.il