

## טופס אישור רופא/ פיזיותרפיסט/ מרפא בעיסוק\*, בדבר הצורך בהתאמה

א. אני, הח"מ, ד"ר ....., או .....,

שם תואר ומספר רישיון

ב. אני, הח"מ, מר/ גב' ....., פיזיותרפיסט/ מרפא בעיסוק\*.

מאשר/ת בזאת כדלקמן:

א. מר/ גב' ....., בעל/ת ת"ז מס' .....,

שהינו/ה אדם עם מוגבלות, בהגדרתו בסעיף 59ג לחוק המקרקעין, התשכ"ט-1969,

זקוק/ה בשל מוגבלותו/ה, ובהתאם לבדיקתי, להתאמות המפורטות להלן לשם

נגישותו/ה הבטוחה והעצמאית לדירתו/ה שביישוב .....,

רחוב ....., מספר ....., או לרכוש המשותף המשמש

אותה:

ב. פירוט סוג ההתאמה, מיקומה והטעמים לביצועה .....

.....

ג. ההתאמה היא כמפורט בפרט ....., לחלק ....., בתוספת השניה לחוק

המקרקעין, התשכ"ט-1969.

ד. פירוט הממצאים והמסמכים שעליהם מבוסס אישור זה:

[ ] סיכום ממצאי בדיקה של האדם עם המוגבלות על ידי הרופא/ הפיזיותרפיסט/

המרפא בעיסוק\* (פרט) ....., (מצ"ב)

[ ] תעודות רפואיות (פרט) ....., (מצ"ב)

[ ] ביקור במקום ביום .....

[ ] אישורים הנדסיים (פרט) ....., (מצ"ב)

ולראיה באתי על החתום, ב ....., היום .....

.....

שם וחותמת, בתוספת כתובת מלאה

\* מחק את המיותר