

## הצהרת בריאות מועמדים ללימודים בפקולטה למדעי הבריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

### המבקש/ת ללמוד במסגרת הפקולטה ב:

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

### מצהיר/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 לרבות אובדנות (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. הנני מצהיר/ה שאינני/לא הייתי מעולם מכור לחומרים הבאים:

אלכוהול

סמים

תרופות

אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות ביה"ס/המחלקה \_\_\_\_\_

**אני מצהיר/ה 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: \_\_\_\_\_