



## הצהרה בדבר הסכמה לקבלת חיסונים

חובה למלא טופס זה ולחתום עליו

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
מספר טלפון [עדיפות לטלפון סלולרי] \_\_\_\_\_

1. **מתחייב/ת** לקרוא בעיון את חוזר שירותי בריאות הציבור מס' 2/2009 מיום 2.3.09 שכותרתו "נוסח מעודכן של נוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות" [להלן: "**החוזר**"].
2. **מצהירה** כי ידוע לי שהלימודים בתוכנית הלימודים לתואר אח/אחות אקדמי/ת של המכללה האקדמית של תל-אביב-יפו מחייבים, בהתאם להנחיות משרד הבריאות, קבלת חיסונים שונים.
3. **מתחייב/ת** לפעול בהתאם לנוהלי החיסון שבחוזר.

**ולראיה באתי על החתום**

היום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

---

ח ת י מ ה