



תשפ"ד

## הצהרת המועמד/ת ללימודים בתוכנית הבוגר במדעי הסיעוד

1. הובהר לי כי, כתלמיד/ה בתוכנית הבוגר במדעי הסיעוד, במשך לימודי הקליניים, ובעקבך כאשר אעבוד במקצוע הסיעוד, אהיה חשוף/ה להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. בנוסף אני עלול/ה להדביק במחוללים אלו את המטופלים. מסיבה זו הובהר לי כי משרד הבריאות קבע, שעל תלמידי מקצועות הבריאות, להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל. (נוהל "חיסון תלמידי מקצועות בריאות" מספר 2-2009, מעודכן בתאריך 1.11.2008 ופורסם באתר משרד הבריאות במרץ 2009). ניתן לעיין בנוהל באתר האינטרנט של משרד הבריאות.  
כתובת אתר משרד הבריאות - <http://www.health.gov.il/search/default.asp>
2. הובהר לי כי, לימודי בתוכנית הבוגר במדעי הסיעוד כרוכים במאמץ פיזי ונפשי הן בלימודים האקדמיים והן בהתנסויות הקליניות, ואני מצהיר/ה כי נכון להיום אני מסוגלת/ל לעמוד בכל הקשיים הכרוכים בכך.
3. הובהר לי במפורש כי, על מנת לעמוד בכל דרישות תכנית הלימודים יהיה עלי להשתתף בכל המטלות והחובות ללא כל הקלה או ויתור על כל מגוון התחומים הנדרשים.
4. אני מאשר/ת העברת פרטי האישיים ועדכון מעת לעת למנהל הסיעוד במשרד הבריאות.
5. האישור הניתן על ידי המחלקה לסיעוד במרכז האקדמי רופין, למשרד הבריאות בנוגע להשלמת תכנית הלימודים, מחייב עמידה בהצלחה בכל דרישות תכנית מנהל הסיעוד במשרד הבריאות.
6. אין באישור זה כדי לחייב את מנהל הסיעוד במשרד הבריאות ואין בכך כדי להבטיח רישום בפנקס האחיות.
7. משרד הבריאות רשאי לדרוש בדיקה מטעמו לרבות העמדת הסטודנט בפני ועדה רפואית כתנאי לרישום בפנקס האחיות.
8. הובהר לי ואני מסכים/ה כי אם אתקבל ללימודים אתקבל מתוך ידיעה והבנה ברורה כי, קיימת אפשרות שעל אף ההשקעה במסגרת הלימודים לא ימצאו אותי כשיר/ה להירשם בפנקס האחיות ולא אוכל לשמש כאחיות מוסמך/ת במדינת ישראל.

ולראיה באתי על החתום :

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

בתאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

נא למסור מסמך זה למזכירות מנהל הסטודנטים עם פתיחת שנת הלימודים או במייל :

[Smadarm@ruppin.ac.il](mailto:Smadarm@ruppin.ac.il)

מדעי  
הסיעוד



המרכז האקדמי  
רופין

