

הצהרת בריאות

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות
כתובת	טלפון	
תפקיד	אגף/מחלקה/יחידה	

מצב בריאות - פרט מחלות כרוניות ו/או קשות מהן סבלת בעבר ובהווה:

1. _____
2. _____
3. _____

האם עברת בעבר ניתוחים:

- כן
- לא

אם כן פרט:

1. _____
2. _____
3. _____

משאבי אנוש

האם אתה מרגיש כשיר ונכון מבחינה בריאותית לעבודה שיועדה לך במסגרת הרשות המקומית:

כן

לא

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא:

כן

לא

אם כן פרט:

- _____ .1
- _____ .2
- _____ .3

הצהרת העובד: הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל מלאים ונכונים:

תאריך

חתימה

שם ושם משפחה

תפוצה: 1) תיק אישי 2) העובד