

טופס מס' 19

אישור בדיקה רפואית לכשירות לעבודה

המעסיק _____

כתובת _____

מספר זהות									
מספר חבר בקופ"ח									

לכבוד קופת חולים _____

ב _____

א.ג.נ,

הננו שולחים אליכם את מר/גב' _____

שם פרטי

שם משפחה

אשר עומד/ת להתקבל לעבודה/לקבל קביעות אצלנו בתור _____

תפקיד

הננו מבקשים לבדוק אותו בהתאם למוסכם בינינו ולהודיע לנו :

מחלקת משאבי אנוש, טל': 08-9726016, פקס: 08-9732513

משאבי אנוש

1. אם המועמד/ת מתאים/ה לתפקיד המוצע?

2.

(מקום לשאלות מיוחדות – למלא ע"י השולח)

ר"מ הצהרה חתומה ע"י המועמד/ת על ויתור/ה על הסודיות הרפואית כלפי בדיקה זו.

חתימת מנהלת משאבי אנוש

ויתור על סודיות רפואית

הואיל ועיריית מודיעין-מכבים-רעות (להלן: "העירייה")

דורשת ממני חוות דעת רפואית על כושרי לעבודה בעירייה הנני מצהיר/ה:

1. אני מתחייב/ת למסור לקופת חולים ו/או לעובדיה ו/או לכל מי שפועל מטעמה או בשליחותה ידיעות מלאות ונכונות ובצורה שתידרש על ידם על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בהווה ו/או שאחלה בה בעתיד, מבלי להעלים דבר.

2. אני משחרר את קופת חולים ו/או את עובדיה ו/או את כל מי שפועל מטעמה או בשליחותה מחובת השמירה על הסוד הרפואי בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או למחלותיי בפועל ומוותר על סודיות זו כלפי העירייה ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר עם מסירת העובדה הנ"ל או מסקנות המבוססות עליהן.

חתימת המועמד לבדיקה

משאבי אנוש
אישור הרופא

מספר זהות									

לכבוד _____

_____/_____/_____

ב _____

הננו להודיעכם, שבדקנו את

בתור מועמד לקבלה לעבודה/לקביעות בתור

(התפקיד)

ומצאנו כי הנ"ל

1.

2.

הערות (בעיקר במקרה של אי-התאמה לתפקיד המוצע):

חתימת הרופא

שם הרופא הבודק

מחלקת משאבי אנוש, טל': 08-9726016, פקס: 08-9732513