

הצהרת בריאות – מועמדים ללימודים בביה"ס לרפואה וטרינרית ע"ש קורט

אני החתום/מה מטה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת"ז: _____

כתובת: _____ טל: _____

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 (להלן: "מחלה").

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנה פרט/י:

בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנה פרט/י:

2. אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורט/ות בסעיף 1 לעיל.

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורט/ות בסעיף 1 לעיל. אנה פרט/י:

3. לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורט/ות בסעיף 1 לעיל.

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורט/ות בסעיף 1 לעיל.

4. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית-חולים _____

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

_____ מהסיבות הבאות: _____

5. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות ביה"ס לרפואה וטרינרית.

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 בביה"ס לרפואה וטרינרית. בית הספר יהיה רשאי במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק הפסקת הלימודים לאלתר.

ולראייה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____