

טופס הצהרה על מצב בריאות

אני החתום מטה _____ נושא תעודת זהות מס' _____
(שם מלא)

המתגורר ב- _____ מצהיר בזאת כדלקמן:
(כתובת מלאה)

אני כשיר לכל עבודה ולמיטב ידיעתי איני סובל ממגבלות רפואיות המונעות ממני לעסוק בעבודות כלשהן.

אני סובל מבעיות רפואיות המגבילות את תפקודי כמפורט להלן:

אני מתחייב בזאת להמציא ללשכת שירות התעסוקה, תוך שבעה ימים, מסמכים רפואיים עדכניים המשקפים את המצב הבריאותי בדבר המגבלות הרפואיות התומכים ומאמתים את המגבלות הנ"ל.

ידוע לי כי מצבי הבריאותי כעולה מן המסמכים שאמציא, ידון ויבדק על ידי ועדה לבדיקת כושר ואני מתחייב לפעול על פי החלטתה ולהופיע בפניה במידה ואדרש.

אני מצהיר בזאת כי הפרטים, שמולאו על ידי כמפורט לעיל, נכונים ומדויקים והנני מתחייב להודיע ללשכה על כל שינוי שיחול בהם. ידוע לי כי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין מסירת פרטים שאינם אמת.

_____ / ____ / ____
תאריך

_____ שם פרטי ושם משפחה

_____ חתימה

לשימוש משרדי

שם מקבל הטופס: _____

חתימת מקבל הטופס: _____

תאריך קבלה: ____ / ____ / ____