



טופס הצהרה על מצב בריאות

אני החתום מטה	נושא תעודת זהות מס'
	(שם מלא)
המתגורר ב-	מצהיר בזאת כדלקמן:
	(כתובת מלאה)
<input type="checkbox"/>	אני כשיר לכל עבודה ולמיטב ידיעתי איני סובל ממגבלות רפואיות המונעות ממני לעסוק בעבודות כלשהן.
<input type="checkbox"/>	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.

חתימה

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

לשימוש משרדי

שם מקבל הטופס:

חתימת מקבל הטופס:

תאריך קבלה:

ש.ת. 265

לשכת <שם הלשכה>: <כתובת מלאה של הלשכה> טלפון: <טל' לשכה> פקס: <מס' פקס של הלשכה>