לכבוד: **המועמדים ללימודי רפואה/****רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד**

רצ"ב הצהרת בריאות שמהווה תנאי לתחילת לימודים לרפואה/רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד. הצהרת הבריאות דרושה על מנת להבטיח את שלום הציבור שעשוי להיחשף אליכם במהלך הלימודים ולכן מילוי נכון ומדויק שלה הוא בעל חשיבות עליונה מבחינת אחריותכם כסטודנטים.

(הנחיות לאופן מילוי הטופס וצירוף מסמכים – באופן מקוון)

**הצהרת בריאות מועמדים ללימודים בפקולטה לרפואה/ רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד**

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אני מצהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן** (נא לסמן במקום המתאים):

1. אינני סובל/ת ממחלה/מגבלה העלולה לסכן את בריאות בני האדם שבטיפולי או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק  ברפואה/רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.
2. אני סובל/ת ממחלה/מגבלה העלולה לסכן את בריאות בני האדם שבטיפולי או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק  ברפואה/רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית   
     
   לצורך בחינת האפשרות לאפשר לך את הלימודים בפקולטה, על אף הצהרתך לעיל, אנא פרט/י (יש לפרט את המחלה, טיפול ונטילת תרופות):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(הפקולטה תתייעץ עם מרכז התמיכה לפי חוק שויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות לגבי ההתאמות הנדרשות על מנת לאפשר השתלבותך בלימודים)

ידוע לי ואני מאשר/ת כי האוניברסיטה תהא רשאית לדרוש ממני פרטים נוספים ו/או מסמכים נוספים ו/או דרישה לעבור בדיקה רפואית בכל הנוגע להצהרתי לפי סעיף 2 הנ"ל.

1. קראתי והבנתי את הוראות פקודת הרופאים תשל"ז 1976/פקודת רופאי השיניים/חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות/תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים) (צוות סיעודי במרפאות) בנושא "מחלה מסכנת"\* .
2. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר לאוניברסיטה .

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, ולרבות הפרת התחייבותי לפי סעיף 4 לעיל, מהווה הפרה של תנאי הלימודים בפקולטה לרפואה/ רפואת שיניים/מקצועות הבריאות/הסיעוד באוניברסיטה, והאוניברסיטה תהא רשאי/ת במקרה זה לנקוט בכל צעד שתמצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.

**ולראיה באתי על החתום:**

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\*פקודת הרופאים

"מחלה מסכנת" - אחת מאלה: (1)   מחלת נפש;(2)   מחלה העשויה לסכן בריאות החולים שבטיפולו של רופא; (3)   מחלה או כושר לקוי העשויים לשלול מרופא את היכולת לעסוק ברפואה לחלוטין, זמנית או חלקית;

פקודת רופאי השיניים

"מחלה מסכנת" – אחת מאלה: (1)   מחלת נפש; (2)   מחלה העלולה לסכן בריאות האנשים שבטיפולו של מורשה לעסוק בריפוי שיניים; (3)   מחלה או כושר לקוי העלולים לשלול ממורשה לעסוק בריפוי שיניים את היכולת לעסוק בריפוי שיניים, לחלוטין, זמנית או חלקית;

חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות

"מחלה מסכנת" –(1)   מחלה, לרבות מחלת נפש, העלולה לסכן את בריאותו של אדם הנמצא בטיפולו של בעל תעודה במקצוע בריאות; (2)   מחלה, לרבות מחלת נפש, או כושר לקוי העלולים לשלול מבעל תעודה במקצוע בריאות את היכולת לעסוק במקצוע הבריאות לחלוטין, זמנית או חלקית;

תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים) ו תקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות)

מחלה מסכנת" - אחת מאלה: (1 (מחלת נפש; (2 (מחלה העלולה לסכן בריאות בני אדם שבטיפולו; (3 (מחלה או כושר לקוי העלולים לשלול ממנו את היכולת לעסוק בסיעוד או ביילוד, לפי הענין, לחלוטין או באופן זמני או חלקי