**בקשת הארכה להיתר להחזקה ו/או לביצוע מחקר במחולל מחלה ביולוגי**

שם החוקר/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקולטה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני, הח"מ, מבקש/ת בזאת מהוועדה להסדרת המחקר במחוללי מחלות ביולוגיים להאריך את האישור שניתן לי בתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עבור:

|  |  |
| --- | --- |
|  | החזקת מחולל מחלה ביולוגי במעבדתי, |
|  | ביצוע מחקר במחולל מחלה ביולוגי, |

כמובנו, לפי החוק להסדרת מחקרים במחוללי מחלות ביולוגיים, התשס"ט-2008.

מחולל המחלה הנ"ל יהיה נגיש אך ורק לעובדים אלה מטעמי:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם** | **מספר ת"ז** | **תפקיד/מעמד במעבדה** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

אני מאשר/ת כי (סמן/סמני אחת משתי האפשרויות שלהלן) -

|  |  |
| --- | --- |
|  | אין שינוי בתנאי אחסון מחולל המחלה הביולוגי ואופן השימוש בו, כפי שאושרו בבקשה המקורית. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | תנאי השימוש בחומר או אופן אחסונו השתנו ומצורף בזאת תיאור של מטרות המחקר, שיטות, לו״ז, מקום המחקר, אמצעי בטיחות ובטחון |

|  |  |
| --- | --- |
|  | אני מכיר/ה את החוק ואת כלליהאוניברסיטה הרלוונטיים. |
|  |  |
|  | אני יודע/ת שבהתאם לחוק, במקרה שאזהה במסגרת מחקרי, הגדלה בפוטנציאל ההיזק (ישירות או בעקיפין) של מחולל מחלות ביולוגי, בין אם נקוב בחוק ובין אם לא, אפסיק את ביצוע המחקר ואבקש את אישורה של הוועדה להמשך ביצועו. |
|  |
|  |

חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_