



גדוד חרב שאול



סופס 12345

נספח א' - מוסף 5: סופס בקשה לקבלת נשק צבאי בהליך הרשאה אישית

אל: מפקד המפקדה המרחבית / מפקד יחידת חטיבה 186 (מחק את המיותר)

הנדון: בקשה לקבלת הרשאה אישית להחזקה, לנשיאה ולהובלת נשק צבאי מסוג: M-16

פרטי המבקש (יש לצרף צילום ת.ז.)

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר אישי	שנת לידה	שם האב
ישראל	ישראל	123456789	12345	1975	ישראל
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד	טלפון נייד
השכונה	1	חיפה	12345	050-1234	050-1234

פרטי הבקשה

1. אני מבקש שיימסר לי נשק צבאי לצרכים האלה: זיכרון מצבתי
2. אני הח"מ מצהיר בזאת כי לא קיים ברשותי נשק צבאי ממקור אחר.
אם הח"מ מחזיק באקדח, מהו מקור הנשק? פג' 6
3. אני הח"מ מצהיר בזאת כי ידוע לי שצה"ל יפנה למשרד לבטי"פ ולמשרד הבריאות לשם קבלת מידע אודותיי ופרטים מן המרשם הפלילי ואני מסכים לכך.
4. בתאריך 16.3.25 עברתי אימון הכשרה בנק"ל ומטווח בנשק מסוג M16 (מי שלא עבר אימון - להשאיר ריק)
5. תקופת שירות בצה"ל / משטרה מתאריך 05 / 06 / 67 עד תאריך 06 / 10 / 73
דרגה: סגן, לוחם קרבי: כן לא.
6. מצ"ב אישור לכך, החתום על ידי מפקד המפקדה המרחבית / מפקד היחידה 186.
7. מצ"ב המלצה של רכו הביטחון ביישוב / או של מפקדי הישיר במילואים.
8. מצ"ב כתב ויתור סודיות רפואית חתום על ידי.
9. מצ"ב אישור רפואי אודות מצב בריאותי.
10. מצ"ב הצהרה אודות התנאים לקבלת נשק צבאי.
11. אני מצהיר בזאת כי הפרטים שנמסרו לעיל נכונים, שלמים ומדויקים.

x
חתימת המבקש

1/7/25
תאריך

ישראל ישראל
שם מלא



גדוד חרב שאול



נספח א' – מוסף 3: כתב המלצה לקבלת נשק צבאי בהליך הרשאה אישית
מטעם מפקד יחידת המילואים של האזרח או מפקד המרחב (חטמ"ר/מחוז)

אל: מפקד היחידה / המרחב / המחוז

הנדון: המלצה למסירת נשק צבאי

* פרטי המבקש (למלא רק את החלק הזה)

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר אישי	שנת לידה	שם האב
ישראל	ישראל	123456789	123456	1975	ישראל
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון נייד	טלפון נייד
השכונה	1	חיפה	12345	050-1234	04-1234

המלצה

- אני ממליץ בפניך לאשר לאזרח שפרטיו רשומים מעלה, מסירת נשק צבאי מיחידתך.
- תוקף המלצתי זו הוא 60 יום מהתאריך הנקוב מטה.

פרטי המפקד הממליץ (קצין בדרגת רס"ן לפחות)

שם פרטי	שם משפחה	דרגה	מספר אישי	תפקיד
יחידה	שם מפקד היחידה	טלפון נייד	טלפון נייד	תאריך

חתימת מפקד יחידת המילואים



גדוד חרב שאול



נספח א' - מוסף 2: כתב ויתור על סודיות רפואית
(טופס ויתור על סודיות רפואית לשם מסירת מידע רפואי לאחר)

שם פרטי: יעקב
שם משפחה: יעקב

אני החתום מטה

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	מספר אישי	שנת לידה	שם האב
יעקב	יעקב	123456789	123456	1945	יעקב
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד	טלפון נייד
השכונה	1	ח'נה	12345	050-1234	050-1234

- נותן בזה רשות לכל אדם, העובד במוסד רפואי כלשהו, פרטי או ציבורי, לרבות מרפאות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אלו, רופאים, עובדיהם או מי מטעמם, כל אדם המשרת בחיל הרפואה, כל עובד בתחום בריאות הנפש, והתחום הסוציאלי, הסיעודי או השיקומי (להלן: "נותני השירותים"), "מבטחים", חברות לביטוח בע"מ או כל גוף אחר כלשהו, למסור לראש מדור רישוי נשק במפקדת המשטרה הצבאית (להלן "המבקש") את כל המידע על מצבי הבריאות המצוי בידיהם, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש.
- לעניין כתב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) – "מידע על מצבי הבריאות" כולל: מידע על מצב בריאותי הגופנית והנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, ביחס לכל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת או שחלילה אחלה בה בעתיד, מידע על מצבי הסוציאלי, הסיעודי, השיקומי או על תשלומים המשולמים לי בגין מצבי הבריאותי.
- הנני משחרר בזה את כל נותני השירותים שנמנו לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע ל"מצבי הבריאות", ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם למבקש.
- הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהא לי אל נותני השירותים שנמנו בסעיף 5 לעיל, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור ולתפוצתו לאחר שנמסר.
- בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 5085 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו בסעיף 5 לעיל.

ייפוי כוח

- הריני מייפה את כוחו של: אוגדה 96 לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

ולראייה באתי על החתום

x
חתימה

1/7/25
תאריך

יעקב יעקב
שם מלא

10043



הצהרת בריאות

ממצאים רפואיים / שאלון רפואי (ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)		הצהרת המבקשת הבדיקה (ימולא ע"י המבקשת)	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם ידוע לך על מזהמי חלליות?		האם עברת איחוד של אימך הכרה ב-5 שנים האחרונות? אם כן מתי?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם דו איחודים של אימך הכרה ב-5 שנים האחרונות אם כן מתי?		האם הונך סובל מסחרחות וחסר שיווי משקל?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם אתה סובלת מאנליפסי המחלת הכיבון? אם כן מתי זה התקף האחרון?		האם אתה סובלת מאנליפסי המחלת הכיבון? אם כן מתי זה התקף האחרון?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם אתה סובלת מאנליפסי המחלת הכיבון? אם כן מתי זה התקף האחרון?		האם אתה מקבל בקביעות תרופות? אם כן פרט:	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם אי פעם עברת איחוד מוחשך מוחי? אם כן מתי?		האם אי פעם עברת איחוד מוחשך מוחי? אם כן מתי?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם יש ברצונך מוטוריות ואו תחשיתיות וברצונך בקרדינאציה?		האם הונך סובלת ממחלת לב? אם כן פרט:	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם יש קשיון נוק או קטיעה? פרט:		האם תוך סובלת מסוכרת? אם כן מה סוג הטיפול שאת מקבלת לאיזון הסוכרת?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם אתה סובלת מברצונות קצב? אם כן פרט:		האם יש ברצונך במחלות תסנה: זיכרון, התמצאות במקום ומקום?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם ידוע על ברצונות פסיכיאטריות?		האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדט?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם ניתן טיפול תרופתי פסיכיאטרי?		האם אתה סובלת מבעיות נפשיות? אם כן האם סובלת או הונך מטופלת?	
לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>	לא <input checked="" type="checkbox"/>	ק <input type="checkbox"/>
האם לדעתך ישנו מקום להצרכה פסיכיאטרית עדמית?		האם אתה נוטלת או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש מצב חתנות ובעיות שניה?	
		האם אתה נוטלת סמים או תרופות חלולות לחשיף על מצב הכרה או יסלת שימטי?	
		האם אתה צורך משקאות חריפים?	
		האם אושפזת בעבר במסד לביילה או מסד פסיכיאטרי? אם כן פרט:	
		אני החתום מטה מצהיר שכל תשובתי בטופס זה והתאמות את האמת וידוע לי כי אודה צמי לעונשים הקשים בחק על כל רישום סוב שערסתי בטופס זה אני מצהיר ומתחייב למסור לחנא המוסד מטעם הרשות, ידיעות מלאות ונסנות על מחלותי וליקויי הבריאותיים אני מוותרת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים שבודקים אותי ותני מבקשת זאת מכל מוסד רפואי למסור	
אני מצהיר כי הנילחתם על הצהרתו במי ויהייתי את המבקש על מי תשדח מהנה אני מטל קבוע במבקש, וח שלש שנים למחות בקופת חולים.		תאריך: 26.6.2025	
אני מטל במבקש שהוא שלו חדש וטרם חלפו שלש שנים מיזם עליתו עיינתי בתיקו הרפואי בכל קופיח שבה היה שלש שנים שקדמו לבדיקה		חתימת המבקש: 26.6.2025	
תאריך: 25		חתימת הרופא: 26.6.2025	

ר"ר מחמוד זיאדאת
רופא משפחה
מנהלת העמקים

חתום: רופא משפחה
עם תוקף של 12 חודשים
11 פחות



גדוד חרב שאול



תעודת זהות
بطاقة هوية

מדינת ישראל
دولة اسرائيل

משרד הפנים
وزارة الداخلية

שם המשפחה اسم العائلة
ישראלי

השם הפרטי الاسم الشخصي
ישראלי

תאריך הלידה تاريخ الولادة
יח' בטבת תשל"ה
01.01.1975

תאריך הנפקה تاريخ الاصدار
י"ט בתמוז תשע"ג
27.06.2016

בתוקף עד סاري المفعول حتى
ז' בתמוז תשפ"ג
26.06.2023

מספר הזהות رقم الهوية
1 2345678 9

1 2345678 9

חובה: לצרף צילום תעודת זהות