



גדוד חרב שאול



טופס גזען צבאי

נספח א' – מוסף 5 : טופס בקשה לקבלת נשק צבאי בהליך הרשות אישיתאל: מפקד המפקדה המרכזית ^{חג'ה} 186 / מפקד יחידת _____ (מחק את המיותר)הנדון: בקשה לקבלת הרשות אישית להחזקת, לנשיאה ולהובלת נשק צבאי מסווג: M-16

פרטי המבקש (יש לצרף צילום ת.ז.)

שם האב	שם לידה	תאריך לידה	מספר אישי	תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי
יעקב	יעקב	1975	12345	123456789	יעקב.	יעקב
טלפון נייח	טלפון נייד		מייקוד	יישוב	מס' בית	רחוב
050-1234	050-1234		12345	חיפה	1	יעקב

פרטי הבקשה

- אני מבקש שיימסר לי נשק צבאי לצרכים האלה: 30% נקודות
- אני הח"ם מצהיר בזאת כי לא קיים ברשותי נשק צבאי מקור אחר.
- אם הח"ם מחזיק באקדח, מהו מקור הנשק? פצע.
- אני הח"ם מצהיר בזאת כי ידוע לי שעה"ל לפנה לשירות לבט"פ ולמשרד הבריאות לשם קבלת מידע אודוטי ופרטים מן המשרדים הפלילי ואני מסכים לכך.
- בתאריך 16.3.95 עברתי אימון הכשרה בנק"ל ומטווח בנשק מסווג M16 (אי שלוי פקר צויאן-גpaneir וין).
- תקופת שירות בצה"ל / משטרת מТАרך 64/06/05 עד תאריך 10/10/96.
- דרגה: סגן, לוחם קרבי: כן/לא.
- מצ"ב אישור לך, החתום על ידי מפקד המפקדה המרכזית / מפקד היחידה 186.
- מצ"ב המלצה של רכו הבטיחו ביישוב זה או של מפקדי הישיר במילואים.
- מצ"ב כתוב וייתור סודיות רפואיties חתום על ידי.
- מצ"ב אישור רפואי אודוטות מצב בריאותי.
- מצ"ב הצהרה אודוטות התנאים לקבלת נשק צבאי.
- אני מצהיר בזאת כי הפרטים שנסמרו לעיל נכונים, שלמים ומדויקים.

חתימת המבקש

X

טאריך

שם מלא



גדוד חרב שאול



נספח א' – מוסף 3: כתוב המלצה לקבלת נשק צבאי בהליך **הרשות אישית**
מטעט מפקד יחידת המילואים של האזורה או מפקד המרחב (חטמ"ר/מחוז)

אל: מפקד היחידה / המרחב / המחו

הנדון: המלצה למסירת נשק צבאי

* פרטי המבוקש (גנום רק כתן החן הכה)

שם האב	שם משפחה	שם פרטי
תאריך זהות	מספר אישי	מספר אישי
טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון נייד
04-1234	1234-050	12345
		חיפה
		1
		גנום

המלצת

- אני ממילץ בפניך לאשר לאזורה שפרטיו רשומים מעלה, מסירת נשק צבאי מיחידתך.
- תוקף המלצתך זו הוא 60 יום מהתאריך הנקוב מטה.

פרטיו המפקד הממוצע (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 : כתוב ויתור על סודות רפואיים
(טופס ויתור על סודות רפואיים לשם מסירת מידע רפואי לאחר)

גנום ויתור

אני החתום מטה

שם פרטי	שם המשפחה	תעודת זהות	מספר אישי	שם לידה	שם האב
יעקב	יעקב	123456789	123456	1945	יעקב
רחוב	מספר בית	יישוב	מייקוד	טלפון נייד	טלפון נייח
העתק	1	חיפה	12345	050-1234	050-1234

- נותן בזה רשות לכל אדם, העובד במוסד רפואי כלשהו, פרט או ציבורי, לרבות מרפאות, בית חולים, קופת החולים, הסניפים השונים של מוסדות אלו, רפואיים, עובדיים או מי מעטים, כל אדם המשרת בחיל הרפואה, כל עובד בתחום בריאות הנפש, והתחום הסוציאלי, הסיודי או השיקומי (להלן: "נתוני השירותים"), "מבוטחים", חברות לביטוח בע"מ או כל גוף אחר כלשהו, למסור לרשות מדור רפואי נשך במקצת המשטרה הצבאית (להלן "המבקש") את כל המידע על מוצבי הבריאותי המצוין בידיהם, ללא ייצא מן הכלול ובאופן שידרוש המבקש.
- לענין כתוב ויתור על סודות זה (על סעיפיו השונים) – "מידע על מוצבי הבריאותי" כולל: מידע על מצב בריאותו הגופנית והנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, ביחס לכל מחלת שחילתייה בה בעבר או שאני חולה בה כתעת או שחיללה אחללה בה בעתיד, מידע על מוצבי הסוציאלי, הסיודי, השיקומי או על תשלומים המשולמים לי בגין מוצבי הבריאותי.
- הנני משחרר בזה את כל נתוני השירותים שנמננו לעיל, מחובת שמירה על סודות בכל הנוגע ל'מוצבי הבריאותי', ומותר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח עלשמי עצמם למבקש.
- הנני מוותר על סודות זו כלפי המבקשים, ולא תהא לי אל נתוני השירותים שנמננו בסעיף 5 לעיל, כל טענה או תביעה מסווג כלפיו בקשר למסירת מידע כאמור ותתפוצתו לאחר שנספר.
- בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטויות, התשמ"א 5085 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוין במאגרי המידע של כל המוסדות והארגוני המנוונים על נתוני השירותים שפורטו בסעיף 5 לעיל.

ייפוי כוח

6. הריני מייפה את כוחו של: אוגדה 96 קיבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

ולראייה באטי על החתום

יעקב יעקובי

1/25

שם מלא

תאריך

חתימה

X

1CN58

הצהרת בריאות

ממצאים רפואיים / שאלון רופא		הצהרת התקשרות הבדיקה (ימולא ע"י המבוקש/ה)	
(ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)			
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
אם ייחעין על מוגבלות חילולותיו		האם עבהתஇיחוע של איזוטר הכרה ב-5 שנים תאוחרותי אם ס' מתי	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
ואם היו איזוטיס של איזוטר הכרה ב- 5 שנים ואחרות אם כן סתמי		האם וכן סובל מScheduler ו/or שווי משקל?	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
אם אתה סובל ממאפייניהם של המבוקש (כפיו)		אם אתה סובל ממאפייניהם של המבוקש (כפיו) אם ס' מתי זה ו/or ואחרות	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
אם אי פעם עבד או היה מוחזק מוחץ		אם אתה סובל בKİנות תחונית אם ס' פוט:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם יש פרעות טוניזיות ואו תחוניתות ו/or העור		האם אי פעם עבר או היה מוחזק מוחץ אם ס' מתי	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם חן סובל מפלהת לב		האם חן סובל מפלהת לב אם ס' פוט:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם יש קשיון פרך או קטיעות פטר:		האם יש קשיון פרך או קטיעות טרן סוכם לאילון ו/or סוכם:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם אתה סובל מסובלת לבני		האם אתה סובל מסובלת לבני טרן סוכם:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
ואם יש פרעות מוחות תכנית; זיכרון, התמצאות סמן זיכרונות?		האם יש פרעות מוחות תכנית; זיכרון, התמצאות סמן זיכרונות?	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם יוזע על דבורות פיסיאטיות?		האם יוזע על דבורות פיסיאטיות אם ס' ואם סובל מ- דיבור תכנית או דיבור תכנית ו/or דיבור נסח:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם יונע טיפול תחומי פיסיאטראטי?		האם יונע טיפול תחומי פיסיאטראטי אם ס' ואם סובל מטיפול תחומי פיסיאטראטי או דיבור תכנית ו/or דיבור נסח:	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
האם לעתך ישנו מקום להגעה פיסיאטראית עדמית?		האם לעתך ישנו מקום להגעה פיסיאטראית עדמית לטיטל מחלת נסח. בקבב חתונות ו/or שינה	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
		האם אתה סובל מ- דיבור תכנית או דיבור תכנית ו/or דיבור נסח!	
<input checked="" type="checkbox"/>	כן	<input checked="" type="checkbox"/>	לא
		האם אתה סובל מ- דיבור תכנית או דיבור תכנית ו/or דיבור נסח?	
אישור הרופא		האם אשפוז גבר בעקבות למילתאו טוסף פיסיאטראטי? אם ס' פוט:	
<input type="checkbox"/>	אני מצחיר כי הנילחנות על ההצעה במינו והיהתי את התקשרות על מ' תשודה מוגה		
<input type="checkbox"/>	אני והחברים מטה מטענה ההשל תשובתי בעופס ו/or תאמות את ואמת ויזוע לי מ- אזהה צבוי לענשניש הקטנים בזק על כל רשות טוב		
<input type="checkbox"/>	אני פטפל במנבע במנבע, וזה שולש עליים מהות בקומות חולות.		
<input type="checkbox"/>	שעוטני בטופס זה אני פטזרה/הומתighbת למסור לחפה ו/or מסתסן סטעם רשות, ידעת מלאות ו/or טעת על מחלותי ולוקוי		
<input checked="" type="checkbox"/>	יעני בתקו והרמתי בכלוקייה שכח והוא שולש עליים שקדמו לדיקת הבריאותיים אני מוחתורה על הנסיבות בזע מען למחלותי, לגני ו/or מושחת ו/or מאיסים שטדים אותם ו/or מבקשת את סכל-קסוד ו/or למסור		
תאריך: 26/6/2025 25 מס' אישון תיימה וחומרת		חתימת המבוקש, 26.6.2025 תאריך:	

הר' מ晦ון זיאדרת
רובה מושחתה
ביבלה גנטיקום

חותם ר' רופא נספח
שם ו/או שם כוכב
שם ו/או שם כוכב
שם ו/או שם כוכב



גדוד חרב שאול



חובה: לצרף צילום תעודת זהות