**נספח א' – מוסף 5 : טופס בקשה לקבלת נשק צבאי בהליך הרשות אישית**

אל: מפקד המפקדה המרחכנית _____ / 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 משפחה	שם פרטי
שם	שם	שם
טלפון נייח	יישוב	רחוב
טלפון נייד	מ叙' בית	

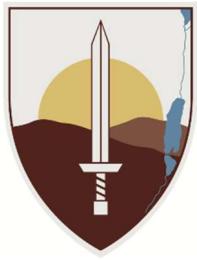
פרטי הבקשה

1. אני מבקש שיימסר לי נשק צבאי לצרכים האלה: _____
2. אני הח"מ מצהיר בזאת כי לא קיים ברשותי נשק צבאי ממוקור אחר.
אם הח"מ מחזיק באקדח, מהו מקור הנשק? _____
3. אני הח"מ מצהיר בזאת כי ידוע לי שזכה למשרד לבט"פ ולמשרד הבריאות לשם קבלת מידע אודוטי ופרטים מן המרשימים הפלילי ואני מסכימים לכך.
4. בתאריך _____ עברתי אימון הכשרה בנק"ל ומטווח בנשק מסווג _____
5. תקופת שירות בצה"ל / משטרת מטהאריך _____/_____/____ עד תאריך _____/_____/_____.
דרגה: _____, לוחם קרבי: כ/חלא.
6. מצ"ב אישור לכך, החתום על ידי מפקד המפקדה המרחכנית / מפקד היחידה _____.
7. מצ"ב המלצה של רצוי הביטחון ביישוב / או של מפקדי הישיר במילואים.
8. מצ"ב כתוב וייתור סודיות רפואיות 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.

חתימת המבקש

תאריך

שם מלא



**נספח א' – מוסף 3 : כתוב המלצה ל渴בלת נשק צבאי בהליך הרשותה אישית
מטעם מפקד יחידת המילואים של האזורה או מפקד המרחב (חטמ"ר/מחוז)**

אל: מפקד היחידה / המרחב / המחוז

הندון: המלצה למסירת נשק צבאי

פרטי המבוקש

שם פרטי	שם המשפחה	תעודת זהות	מספר אישי	שנת לידה	שם האב
רחוב	מוס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייח	

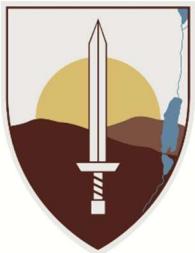
המלצת

1. אני ממליץ בפניך לאישר לאזרוח שפרטיו רשומים מעלה, מסירת נשק צבאי מייחדך.
2. תוקף המלצת זו הוא 60 ימים מהתאריך הנקוב מטה.

פרטי המפקד הממلىץ (קצין בדרגות רס"ן לפחות)

שם פרטי	שם המשפחה	דרגה	מספר אישי	תפקיד
יחידה	שם מפקד היחידה	טלפון נייח	טלפון נייח	תפקיד

חתימת מפקד יחידת המילואים



**נספח א' – מוסף 2: כתוב ויתור על סודיות רפואית
(טופס ויתור על סודיות רפואית לשם מסירת מידע רפואי לאחר)**

אני החתום מטה

שם פרטי	שם המשפחה	שם בית	יישוב	טלפון נייד	מיקוד	טלפון נייח	רחוב	מספר נייח	שם לאישה	שנת לידה	שם האב

1. נתן בזה רשות לכל אדם, העובד במוסד רפואי כלשהו, פרטי או ציבורי, לרבות מרפאות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אלו, רפואיים, עובדיים או מי מעטים, כל אדם המשרת בחיל הרפואה, כל עובד בתחום בריאות הנפש, והתמחות הסוציאלי, הסיעודי או השיקומי (להלן: "נתני השירותים"), "مبرיחסים", "חברות לביטוח בע"מ או כל גוף אחר כלשהו, למסור לדודר רישיוני שנק במקודם המשטרת הצבאית (להלן "המבקש") את כל המידע על מוצבי הבריאות המצו依 בידיהם, ללא יוצאה מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש.
2. לעניין כתוב ויתור על סודיות זה (על סעיפים השונים) – "מידע על מוצבי הבריאות" כולל: מידע על מוצב רפואי הגופנית והנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, ביחס לכל מחלת שחילתי בה בעבר או אני חולה בה כתע או שחיללה אחללה בה בעתיד, מידע על מוצבי הסוציאלי, הסיעודי, השיקומי או על תשלומים המשולמים לי בגין מוצבי הרפואי.
3. הנני משחרר בזה את כל נתני השירותים שנמננו לעיל, מוחות שמיורה על סודיות בכל הנוגע ל"מוצבי הרפואי", ומתר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם למבקש.
4. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים, ולא תהא לי אל נתני השירותים שנמננו בסעיף 5 לעיל, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור וلتפוצתו לאחר שנמסר.
5. בקשי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיה, התשמ"א 5085 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצו依 במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנוויים על נתני השירותים שפורטו בסעיף 5 לעיל.

ייפוי כוח

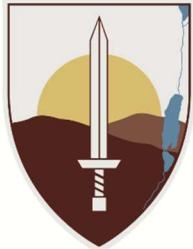
6. הריני מיפה את כוחו של: **אוגדה 96** לקבלת המידע הרפואי המפורט לעיל.

ולראיה באתי על החתום

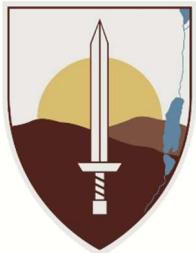
חתימה

תאריך

שם מלא

הצהרת בריאות

מציאות רפואיים / שאלון רפואי (ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה)		הצהרת המבשחת הבדיקה (ימולא ע"י המבשחת)	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם ייחע לך על מלה נוירולוגית?		אם עברת איחע של איבוד הכרה ב-5 שיעים אתה מתייחס אם סמתי	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם הדן סובל מסחרחתת ווסרשווי משקל?		אם הדן סובל מסחרחתת ווסרשווי משקל	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם אתה/סובלת מאפלפסיה/מחלת חכפיון?		אם אתה/סובלת מאפלפסיה/מחלת חכפיון אם כן מתי דוחה והתקף ואחזר?	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם אי פועל עברת איחע מוח/אך טוח?		אם אתה/מקל בקמעות תחפות? אם כן פרט:	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם יש בחרות מוטוריות ואו תחשיות וחרחות בקורזונאציה?		אם אי פועל עברת איחע מוח/אך טוח? אם כן מתי	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם יש קשוו פוך או קטיעיה פרט:		אם אין סובל מסוכתי אם כן מות סוג הטיפול שתפקיד לאיוון הסוכות:	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם אתה/סובלת מפתלת לב?		אם אתה/סובלת מפתלת לב מן מקום:	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם יש בחרות מוחחת תענה: זיכרון, התמצאות מן מקום?		אם יש בחרות מוחחת תענה: זיכרון, התמצאות מן מקום של תקפים של ירידת חודה במתת וסוכר גס?	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם יוזע על בחרות פסיפיאטרית?		אם קיימת טופלת מיפוי נפשיות? אם כן טופלת או הדן מטופל/ת?	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם יתען טיפול תחuft פסיפיאטרי?		אם אתה/נוטלת או נטلت בעבר תחuftת ומיזעה? טיפול במלת נש, מצבי חהתנות ומיזעת שנייה	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אם לעתך ישנו מקום לתרוכה פסיפיאטרית עדמית?		אם אתה/נוטל על מגב ההכרה או יסלת שיטוי? אם אתה/צרך משקאות חריפים?	
<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input checked="" type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
אישור הרופא		אם אושפזת בעבר בסיס למילה או טוסד פסיפיאטרי אם כן פרט:	
<input checked="" type="checkbox"/> אני מזהיר כי חניל חתום לרשותנו במינו והוא/ית אeat המבשחת על ידי תשודה מהה <input checked="" type="checkbox"/> אני מטפל קבוע במבשחת, וזה שלוש שנים לפחות בקצבות חולמים		אני הודות מטה מצורחה של תשומתי בטופס זה, בהתאם את האמת ויהע לי מארחה צבוי לעונשים הקטנים בחוק על כל רישום סובב	
<input checked="" type="checkbox"/> אני מטפל במבשחת שהוא שלוש חדש/orות חלץ לפחות שבע שנים מיום עלייתו <input checked="" type="checkbox"/> עינתי בתיקו הרטמי בכל קופית שכיה היה שלוש שנים קודם לכן בבדיקה		ערוצתי בטופס זה אני מצורחה ומתחייבת למסור להחפה הנוסמן טבעם הרשות, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותיי וליקויי הבריאותיים אני מותרת על הסודיות בטועם למחלותיי, לנבי המוסחדת הרטמיים שבדקם אותי ווגני מבקשת בתאת מיל מוסד ווגני למסור	
תאריך: _____ שם הרופא: _____ מס' רישון תיימה וחותמת: _____		חתימת ומבקש: _____ תאריך: _____	



חובה: לצרף צילום תעודת זהות