

הצהרת בריאות

פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת	טלפון	
תפקיד	אגף/מחלקה/יחידה	

מצב בריאות - פרט מחלות כרוניות ו/או קשות מהן סבלת בעבר ובהווה:

1. _____
2. _____
3. _____

האם עברת בעבר ניתוחים כן לא
אם כן פרט:

1. _____
2. _____
3. _____

האם אתה מרגיש כשיר ונכון מבחינה בריאותית לעבודה שיועדה לך במסגרת הרשות המקומית: כן לא

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא: כן לא
אם כן פרט:

1. _____
2. _____
3. _____

הצהרת העובד: הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל מלאים ונכונים!

תאריך

חתימה

שם ושם משפחה