

אישור רפואי

חלק א: אל: המכללה להכשרת עובדי הוראה

אני הח"מ ד"ר _____ העובד (כתובת פרטית או כתובת המוסד)
_____ מאשר/ת בזה כי אני מכיר את מר/גב' _____
_____ מס' ת"ז _____ שכתובתו/ה היא _____
מיום _____ ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתיו/ה על מצב בריאותו/ה, מחלותיו/ה,
וליקוייו/ה הגופניים בעבר ובהווה, אני מאשר/ת כי אין במצבו/ה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנו/ה ללמוד במוסד
להכשרת עובדי הוראה ו/או לעסוק בעבודת הוראה בכל שלבי החינוך.

המקום: _____ חתימה: _____
תאריך: _____ חותמת: _____

חלק ב: הצהרה

אני הח"מ (שם המועמד/ת) _____ מס' ת"ז _____
שכתובתו/ה היא _____
מצהיר/ה בזה:

א. כי הודעתי לרופא/ה ד"ר _____ על כל מחלותיי בעבר ובהווה, ומסרתי לו/לה
את כל הפרטים שביקש/ה ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל/ה וכי הודעתי על מחלותיי
בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה.

ב. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללימודים במוסד להכשרת עובדי הוראה כדי לחייב את משרד החינוך
להעסיקני עם תום לימודיי ובכל זמן לאחר מכן, וכי לשם קבלת עבודה בהוראה אצטרך לעבור בדיקות רפואיות לפי
הנהל למועמדים לשירות המדינה, והן שתקבענה, נוסף לנתונים אחרים (נתונים פדגוגיים), אישיים, מנהלתיים וכיו"ב,
את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.

תאריך: _____ חתימה: _____

עדה/ לחתימת המועמד/ת (אפשר לחתום במזכירות המכללה)

שם: _____ תפקיד: _____

חתימה: _____ תאריך: _____