

בקשה לקבל / לחדש תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר

מדינת ישראל

משרד התחבורה



רשות הספנות והנמלים רשות הרישוי

בקשה לקבלת/חידוש : תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר לכלי שיט :

- (11) אופנוע ים (12) סירת מנוע עוצמה א' (13) סירת מנוע עוצמה ב' (20) סירת נוסעים בשכר
- (21) מפרשית (30) ספינה (40) ספינת נוסעים בשכר רמה א' (50) ספינה גוררת
- (60) ספינה במסע בין-לאומי קברניט נוסעים בשכר מכונן

פרטים על מגיש הבקשה:

מס' זהות/דרכון: שם: שם באנגלית:

תאריך לידה: כתובת:

טלפון בבית: טלפון נייד: טלפון בעבודה:

צילום פנים

יובהר, כי לצורך קבלת תעודת משיט לראשונה או תעודת משיט נוספת להשטת כלי שיט מסוג שונה, לצורך חידוש תעודת משיט שתוקפה פקע, כאמור בתקנה 15 לתקנות הספנות (ימאים) (משיטי כלי שיט קטנים), התשנ"ח – 1998 (להלן- תקנות המשיטים) או לצורך קבלת כפל תעודת משיט כאמור בתקנה 17 לתקנות המשיטים, עליך להצטלם צילום פנים ממוחשב בתחנות צילום בהתאם לתקנה 15(א) או 15(ב) לתקנות המשיטים, לפי העניין, לאחר שעמדת בהצלחה בבדיקות הרפואיות, בדרישות ובבחינות, אם נדרשת לעשות כן כאמור בתקנה 15(א) או 15(ב) לתקנות המשיטים או לאחר שהמצאת אישור רפואי, אם נדרשת לעשות כן כאמור בתקנה 15(ב) או 15(ג) לתקנות המשיטים ולאחר ששילמת את האגרה כאמור בתקנה 15(א) או 15(ב) לתקנות המשיטים.

מידע על תחנות הצילום המוסמכות ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרדנו בכתובת www.go.gov.il/photo

הצהרת מבקש הבקשה:

אני מצהיר כי לא הורשעתי בעבר בעבירה לפי תקנות הנמלים (בטיחות השיט), התשמ"ג – 1982 או בעבירה הנובעת מהשטת כלי שיט, וכי לא הוגש נגדי אישום פלילי על עבירה הנובעת מהשטת כלי שיט בחמש השנים האחרונות. ידוע לי כי מסירת פרטים לא נכונים או העלמת פרטים ועובדות הנוגעות לעניין מהרופא או מרשות הרישוי, עלולה להביא לשלילת זכאותי לקבל תעודת משיט / מכונן / קברניט נוסעים בשכר או לביטול התעודה שניתנה לי, אם ניתנה לי. בעל תעודת משיט שנתגלו בו מגבלות במערכת העצבים, העצמות, הראיה או השמיעה או שנפגמה בריאותו בדרך אחרת יודיע על כך מיד במכתב רשום לרשות הרישוי.

תאריך: שם פרטי + שם משפחה: חתימה:

נכבדי, מילוי נכון של טופס זה יזרז את הטיפול במתן תעודתך; נבקשך לא לעכב את הגשת הטופס; אם ברשותך מסמכים רפואיים נוספים הקשורים למצב בריאותך, נא לצרפם לטופס. **תוקף הבדיקה הרפואית הוא לשנתיים ממועד ביצוע הבדיקה.**

לשימוש המשרד (בחריג - להתייחסות והמלצת רופא הרשות - לאחר הבדיקה רפואית שנעשתה על ידי רופא המטפל או רופא שעניין בתיקו הרפואי) המלצת רופא שהרשות הסמיכה: כשיר לא כשיר

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____

סיכום רשות הרישוי: כשיר לא כשיר

תאריך: _____ שם העובד: _____ חתימה וחותמת: _____