



כבאות והצלה לישראל – בלמ"ס

בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מתנדב

חלק א – פרטי מועמד להתנדבות:					
מחוז	תחנה	שם היחידה	שם פרטי	שם משפחה	זכר/נקבה
מס' תעודת זהות	תאריך לידה	ארץ לידה	רחוב מגורים	מספר בית	עיר
תיאור תפקיד התנדבות - סמן ב-V					
מתנדב בוגר מבצעי	מתנדב בוגר מינהלה	צופה אש	בן שירות לאומי תומך לחימה	בן שירות לאומי מינהלה	

חלק ב - הצהרת המתנדב/ת:

הנני מתחייב/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה – במידה ואדרש לכך. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלולה להיות צפויה למאסר או לקנס.

הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת- לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על- ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.

בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה, ובתנאי שהם יהיו מנועים

להעבירו או לגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותיי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני מתנדב/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה.

הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק התנדבותי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי הפרטים שמסרתי הינם נכונים ונמצאתי כשיר לשמש בתפקיד מתנדב בשירות הכרוך בפעילות גופנית מאומצת ומתחייב לדווח מידית על כל שינוי במצב בריאותי אף לאחר אישור מועמדותי ובכל שלב בתקופת ההתנדבות.

**במידה ומדובר בצופה אש / מתנדב (מתחת לגיל 18 נדרשת חתימת הורים).

תאריך: _____ שם ומשפחה: _____ חתימת המתנדב/ת: _____

תאריך: _____ (הורה 1) שם ומשפחתי: _____ חתימה: _____ :

תאריך: _____ (הורה 2) שם ומשפחתי: _____ חתימה: _____ :



כבאות והצלה לישראל – בלמ"ס

חלק ג – פנייה לרופא המטפל:

- א. ד"ר נכבד, הנ"ל מועמד להתנדב ברשות לכבאות והצלה. מטרת הצהרת הבריאות, הינה שלילת בעיה רפואית העלולה להציב את המתנדב ברמת סיכון מוגברת במקום התנדבותו או למנוע הידרדרות של מצב קיים כתוצאה מחשיפה בעבודה.
- ב. עיון במסמכים, ממצאי בדיקות ואישור הכשירות יינתנו ע"י רופא שרות המדינה אשר שהוסמך ע"י נציבות שרות המדינה כרופא תעסוקתי.
- ג. הצהרת הרופא המטפל מהווה עבורי אסמכתא לאישור התנדבותו של הנ"ל.

בכבוד רב,

תת טפסר פרופ' בן נון אלון
קרפ"ר כבאות והצלה לישראל
הרשות הארצית לכבאות והצלה לישראל

שד' רחבעם זאבי 7 פינת שד' מינסטר, ראשלי"צ ת.ד. 4541 מיקוד 75144 | טלפון: 03-5116391

דוא"ל alonben@102.gov.il

חלק ד – הצהרת הרופא המטפל: (למילוי על ידי הרופא)

הנני דר' _____ רופא המשפחה של הנ"ל, אשר נמצא בטיפול מזה כ - _____
חודשים/שנים, מכיר את _____ (שם המתנדב) שפרטיו רשומים מעלה כמפורט
בחלק א'.

לפי מיטב ידיעתי אין / יש (לסמן את הנדרש) מניעה להתנדבותו במערך מבצעי / מנהלתי ברשות
הארצית לכבאות והצלה לישראל, על בסיס רפואי.

לאחר עיון בתיקו הרפואי של הנ"ל, מצאתי כי:

(הערות נוספות במידה וקיימות - ימולאו ע"י הד"ר)

תאריך: _____ שם הד"ר: _____ חתימה וחותמת: _____

הערה: יש לצרף סיכום רפואי עדכני