

מועצה מקומית
 גבעת זאב
הצהרת בריאות



פרטים אישיים

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

מצב בריאות - פרט מהלכות כרוניות ו/או קשות מתן סבלת בעבר ובחווה:

1. _____
2. _____
3. _____

האם עברת בעבר ניתוחים כן לא

אם כן פרטי:

1. _____
2. _____
3. _____

האם אתה מרגיש כשיד נוכח מבחינת בריאות לעבודה שיועדה לך במסגרת

הרשות המקומית: כן לא

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא כן לא

אם כן פרטי:

1. _____
2. _____
3. _____

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

שם ושם משפחה	חתימה	תאריך
--------------	-------	-------