

בקשה לבדיקה רפואית לשם הסמכה כעגורנאי ו/או אתת

הבדיקה תבוצע על ידי רופא תעסוקתי בלבד.



פליקס - חברה להנדסה בע"מ
רשות הסמכה מ.ר. 11

אני הח"מ מבקש לבדוק אותי לשם קבלת תעודה רפואית בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים ומאותתים) תשנ"ג-1992 לצורך הסמכתי, כעגורנאי מסוג ו/או אתת.

שם	מס' זהות	תאריך לידה
כתובת מגורים	טלפון נייד	מיקוד

ייתור על סודיות

אני מתחייב בזה למסור לכל רופא מורשה ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הרפואי הבודק אותי כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כעגורנאי ו/או בעבודה המחייבת מתן איתות, בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים ומאותתים) תשנ"ג-1992, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה ועל כל מום שחליתי או נפגעתי בהם בעבר ושאני חולה בהם היום, מבלי להעלים דבר. אני מוותר בזה על הסודיות הרפואית לגבי כל מחלה או מום שחליתי בהם בעבר או שהנני חולה בהם בהווה, לרבות כל נתון רפואי המתייחס אלי, והנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כני"ל ולמוסד עצמו, לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום מן האמורים לעיל. הנני מסכים שרופא או עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כני"ל והמוסד עצמו, ימסרו לרשם הציוד ההנדסי במשרד התחבורה/אגף הרכב ידיעות מלאות על מצב בריאותי ועל כשרי לעסוק בעבודה כעגורנאי או בעבודה המחייבת מתן איתות, ולא תהיינה לי אל המוסד הבודק אותי או אל רופאיו ועובדיו האחרים שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לכך.

חתימת המבקש	תאריך		
1. הנני להודיעך שבדקתי ביום _____ את העובד שפרטיו מופיעים לעיל ומצאתי אותו כמתאים / כבלתי מתאים * לעבוד כעגורנאי / במתן איתות * (*מחק את המיותר).			
2. על העובד הנ"ל להופיע לבדיקה רפואית חוזרת לא יאוחר מתאריך / כנדרש בתקנות* _____			
3. תנאים רפואיים מגבילים לרישוי _____			
על הרופא הבודק למלא הפרטים הבאים במלואם:			
שם הרופא המורשה	מס' רשיון הרופא	חתימת הרופא וחותמת	שם המוסד הרפואי

לכבוד

פליקס - חברה להנדסה בע"מ / רשות הסמכה מ.ר. 11
רח' קהילת סלוניקי 9 תל אביב מיקוד 6951309

1. הנני להודיעך שבדקתי ביום _____ את העובד שפרטיו כדלקמן	
ומצאתי אותו כמתאים / כבלתי מתאים * לעבוד כעגורנאי / במתן איתות * (*מחק את המיותר).	
2. על העובד הנ"ל להופיע לבדיקה רפואית חוזרת לא יאוחר מתאריך / כנדרש בתקנות* _____	
3. תנאים רפואיים מגבילים לרישוי _____	

שם	מס' זהות	תאריך לידה
כתובת מגורים	טלפון נייד	מיקוד

על הרופא הבודק למלא הפרטים הבאים במלואם:

שם הרופא המורשה	מס' רשיון הרופא	חתימת הרופא וחותמת	שם המוסד הרפואי
-----------------	-----------------	--------------------	-----------------