

## הצהרה על מצב בריאות

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

באיזה מחלות חלית \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

האם אושפזת בבית חולים \_\_\_\_\_ איזה טיפול ניתן לך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם יש בך מומים גופניים \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם היית בטיפול רפואי בגלל הפרעות נפשיות \_\_\_\_\_

האם הנך נמצא כעת בטיפול רפואי כלשהו \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזה כי למיטב ידיעתי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים. ברור לי, שאם מסרתי בזדון פרטים בלתי נכונים או השמטתי פרטים שעליהם נשאלתי בשאלון זה, תהיה הנהלת הטכניון/מוסד הטכניון רשאית בכל זמן להפסיק את עבודתי בטכניון/במוסד הטכניון למחקר ופיתוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_