**טופס הצהרת המועמד קורס הכשרה והרשאה לשאיבת דם ורידי**

**להלן פרטי האישיים:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם משפחה שם פרטי מספר ת.ז. תאריך לידה**

* הנני מצהיר/ה בזה כי הבנתי בעברית מספיקה להשתתפות בקורס ועמידה בבחינה עיונית ומעשית תוך הבנת החומר הנלמד.
* הנני מצהיר/ה בזה שאני כשיר מבחינת רפואית לעסוק בשאיבת דם ורידי ולהשתתף בקורס.
* הנני מצהיר/ה בזה כי אין בעברי רישום פלילי.

**\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**תאריך חתימה**