

כרמל בטיחות בע"מ

רשות הסמכה מס': 345-050

הצהרה על העדר שינויים במצב בריאות תוספת רביעית - תקנה 11 (ד)

מס' תעודת הסמכה _____ המפעל _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

ת"ז _____ תאריך לידה _____ שם האב _____

כתובת _____
(רחוב + מס' בית / ת.ד. + ישוב + מיקוד)

טל' בבית / עבודה _____ טל' נייד _____

הנני מצהיר בזה כי מיום הגשת הבקשה להסמכה, או חידושה לאחרונה, או מיום הודעתי האחרונה לרשות ההסמכה על שינוי במצב בריאותי, לא נתגלו אצלי, לפי מיטב ידיעתי, מגבלות במערכת העצבים, העצמות, הראיה או השמיעה, ובמצב בריאותי הנוכחי הנני כשיר לתפקיד.

אני מצהיר בזאת כי הצהרתי אמת

_____ תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____