כרמל בטיחות בע"מ
המכללה לבטיחות והכשרה מקצועית

כרמל בטיחות בע"מ
רשות הסמכה לעגורנאים ואתתים
מס' הסמכה : 050-345

בקשה לבדיקה רפואית לשם הסמכה בעגורנאי ו/או למתן איתות

חלק א' **סוג הבדיקה**	אני הח"מ מבקש לבדוק אותי לשם קבלת תעודה רפואית בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים ואתתים), לצורך הסמכתי, כעגורנאי* / אתת*
חלק ב' **פרטים אישיים**	שם משפחה ופרטי: _____ כתובת מגורים : _____ מיקוד: _____ מס' ת.ז.: _____ שם האב: _____ תאריך לידה: _____ טל' (בבית) : _____ טל' נייד: _____ מקום עבודה : _____ _____ שם כתובת
חלק ג' **ויתור על סודיות רפואית**	אני מתחייב בזה למסור לכל רופא מורשה ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הרפואי הבודק אותי כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כעגורנאי ו/או כאתת לפי תקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה ואתתים), התשנ"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 המתיחס אלי והנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל ולמוסד עצמו לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום מן האמורים לעיל. הנני מסכים שרופא או עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל והמוסד עצמו ימסרו לרשות ההסמכה "כרמל בטיחות בע"מ" ידיעות מלאות על מצב בריאותי ועל כשרי לעסוק בעבודת עגורנאי או בעבודה המחייבת מתן איתות, לרבות תוצאות הבדיקות שהם עשו לפי האמור לעיל, ולא תהיינה לי אל המוסד הבודק אותי או אל רופאיו ועובדיו האחרים שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לכך. תאריך _____ חתימת המבקש _____
חלק ד' **תוצאות הבדיקה** ***נא למלא את כל הפרטים!***	1. הנני להודיעך שבדקתי בתאריך _____ את העובד שפרטיו לעיל: ומצאתי אותו מתאים / בלתי מתאים * לעבוד כעגורנאי / במתן איתות * 2. על העובד להופיע לבדיקה חוזרת לא יאוחר מתאריך _____ 3. תנאים רפואיים מגבילים לרישוי _____ _____
חלק ה' **פרטי הרופא וחתימתו.** ***(רופא תעסוקתי בלבד!)***	_____ _____ _____ _____ שם המוסד הרפואי וחותמת המוסד / שם הרופא הבודק (**רופא תעסוקתי**) / מס' רישיון הרופא / חתימה וחותמת ומספר הרופא