##### הצהרה על העדר שינויים במצב הבריאות

**(תקנה 11 (ד))**

אני **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**הנושא ת.ז. מספר: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**מצהיר בזאת 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**.

**כמו כן הנני מצהיר כי הסמכתי להפעלת עגורן מסוג ג' ו-ד' ולמתן איתות לא נפסלה.**

###### אני מצהיר בזאת כי הצהרתי אמת

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך |  | שם מלא |  | חתימה |

מקום עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים (במידה ויש שינוי): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

למחדשים לראשונה, נא לצרף את התעודה הקודמת ולציין תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_