



ויתור על סודיות רפואית

שם משפחה _____ שם פרטי _____
מס' עובד/ת מלגאי/ת: _____ מס' זהות/דרכון: _____ חבר קופ"ח _____
המועמד/ת לתפקיד _____ במחלקה/אגף _____ שם ראש קבוצה/ענף _____

הואיל ואני מועמד/ת לשמש בתפקיד _____ במכון ויצמן למדע (להלן: "המכון"); והואיל ובשל אופי תפקידי ו/או עיסוקי במכון ו/או חשיפתי לחומרים מסוגים שונים במסגרת תפקידי, מותנית כשירותי לתפקיד במצבי הבריאותי, ולפיכך נדרשת חוות דעת רפואית על כושרי ויכולתי לבצע את התפקיד במכון;
אי לכך הנני מצהיר כדלקמן:

1. אני מתחייב למסור לרופא/ה התעסוקתי/ת ו/או לכל הפועל מטעמו/ה או בשליחותו/ה, ידיעות מלאות ונכונות, כפי שיידרש על ידיהם, על מצבי הבריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה בהווה, מבלי להעלים דבר. התחייבותי כאמור תחול גם לגבי עדכון אודות מצבי הבריאותי בעתיד, כל עוד אמשיך להיות מועסק במכון/ לשמש כמלגאי במכון.

2. אני מאשר לרופא/ה התעסוקתי/ת ו/או לכל הפועל מטעמו/ה או בשליחותו/ה, למסור מידע למכון בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או למחלותיי כאמור לעיל, והריני מוותר על סודיות בנוגע להעברת מידע כאמור למכון, ולא תהיינה לי כל דרישות ו/או טענות ו/או תביעות, מסוג כלשהו, כלפי הרופא/ה התעסוקתי/ת ו/או המכון ו/או מי מטעמם, בקשר עם מסירת המידע הנ"ל או מסקנות המבוססות עליו.

חתימת המועמד

שם המועמד

תאריך