

קליטה תצהיר נקלט 2009

קיבוץ שער הגולן

הצהרה

אנו הח"מ _____ ת.ז. _____, א _____, ת.ז. _____ מצהירים כי ידוע לנו שעפ"י החלטות קיבוץ שער הגולן ("הקיבוץ") תנאי לקבלתנו לקיבוץ הוא תצהיר בדבר העברת הכנסות, היעדר עסקים, התחייבויות כספיות ועבר פלילי נקי והתחייבות לשיפוי בגין התחייבויות כספיות ועל כן אנו מצהירים בזאת בכתב, ביחד ולחוד, כלהלן:

1. אנו בעלי עבר פלילי נקי.
2. אין לנו כל התחייבויות כספיות ו/או חובות כספיים כלפי גורם כלשהו (להלן: "התחייבות"). מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, אנו מצהירים כי אין לנו התחייבויות, למעט התחייבויות כמפורט להלן:
 - חובות כספיים מכל סוג שהוא _____.
 - התחייבות לתשלום משכנתא _____.
 - ערבות כספית לאדם או גוף כלשהו _____.
 - תביעות משפטיות כנגדנו ו/או הליכי הוצאה לפועל בגין חובות המתנהלים נגדנו ו/או נגד בני ביתנו _____.
3. במידה ויתברר כי קיימת התחייבות ו/או במידה ותיווצר התחייבות בעתיד, אנו מצהירים כי לא יהיו לנו כל טענות ו/או דרישות ו/או תביעות כנגד הקיבוץ בקשר עם ההתחייבות.
4. אנו מתחייבים בזאת לשפות את הקיבוץ באופן מלא בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש נגד הקיבוץ ואשר קשורה בהתחייבות.
5. אנו מתחייבים כי מרגע קבלתנו למועמדות בקיבוץ כי כל הכנסותינו בגין או חלף או עקב עבודה מכל מקור שהוא ידווחו ו/או יועברו לקיבוץ על פי החלטותיו, לרבות הכנסות מתשלומים מחברות ביטוח, מפנסיה, מתגמולים, מרנטה ומהמוסד לביטוח לאומי.
6. אנו מתחייבים כי מרגע קבלתנו למועמדות לא נקיים כל פעילות עסקית עצמאית שאינה במסגרת ו/או באישור הקיבוץ.

7. ברור לנו כי במידה ויסתבר שהצהרותינו כלעייל, או מי מהן, כוזבות, יהיה רשאי הקיבוץ להפסיק את חברותנו בקיבוץ וזאת מבלי לגרוע מזכותו של הקיבוץ לנקוט בכל צעד אחר כפי שימצא לנכון, לרבות הגשת תביעה משפטית.

לראייה באנו על החתום:

חתימה _____ חתימה _____
אני הח"מ, עו"ד _____ מ _____ מאשר בזאת כי ביום _____,
הופיע בפני מר / גב' _____, נושא/ת ת.ז. מספר _____
ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה
וחתם/ה עליה בפני.
חתימת עו"ד _____

תצהיר בריאות

א) אני וילדי מבוטחים ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחברים בקופ"ח
האמורה להלן שם קופ"ח _____, סניף: _____,
כתובת _____
שם רופא המשפחה _____
מבוטחים משנת _____
יש/אין לי ביטוח בריאות משלים.

(ב) אני סובל כעת או סבלתי בעבר מהמחלות הבאות (פרט גם לגבי ילדיך):

לחץ-דם גבוה/נמוך: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא.

הפרעות בראיה/שמיעה: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא.

סחרחורות ו/או התעלפויות: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול _____

סובל עדיין מהמחלה: כן/לא.

התקפי-לב: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא.

מחלת-הנפילה: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא.

איידס: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול _____ סובל עדיין
מהמחלה: כן/לא.

סרטן נ.או גידול: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול _____ סובל עדיין
מהמחלה: כן/לא.

מחלות-עצמות ו/או שרירים: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין
מהמחלה: כן/לא.

מחלות-עצבים ו/או נפש: כן/לא

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין
מהמחלה: כן/לא.

מחלות-א.א.ג.:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין
מהמחלה: כן/לא

מחלות בדרכי השתן ו/או כליות:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

מחלות בכבד ו/או מערכת העיכול:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

מחלות-דם:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

בעיות-פריון:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

מחלות שיניים:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

מגבלות-פיזיות:

פירוט: _____

הטיפול: _____ סובל עדיין

מהמחלה: כן/לא

אחר (פרט כל בעיה רפואית שלא פורטה

לעיל):

ג) להלן רשימת מחלות (לרבות מחלות נפש) ו/או פציעות שהיו לי וחייבו את
אשפוזי במוסד רפואי (פרט גם לגבי ילדיך):

א המחלה/פציעה: _____, המוסד הרפואי: _____,
תאריך ומשך האשפוז: _____.

ב. מחלה/פציעה: _____, המוסד הרפואי: _____,
תאריך ומשך האשפוז: _____.

ג. המחלה/פציעה: _____, המוסד הרפואי: _____,
תאריך ומשך האשפוז: _____.

ד) הנני סובל ממחלות כרוניות: כן/לא, פרט (גם לגבי ילדיך):

ה) הנני נוטל תרופות קבועות כדלקמן (פרט גם לגבי ילדיך):

התרופה: _____, המינון: _____.

התרופה: _____, המינון: _____.

התרופה: _____, המינון: _____.

ו) קיבלתי בעבר את החיסונים הבאים (פרט גם לגבי ילדיך):

החיסון: _____ נתקבל בשנת: _____.

החיסון: _____ נתקבל בשנת: _____.

החיסון: _____ נתקבל בשנת: _____.

החיסון: _____ נתקבל בשנת: _____.

ז) נבדקתי לאחרונה אצל רופא: כן/לא, שם הרופא

וכתובתו: _____

מהות הבדיקה: _____.

ילדיך:

לגבי

גם

פרט

לראייה באנו על החתום:

חתימה _____

אני הח"מ, עו"ד _____ מ _____ מאשר בזאת כי ביום _____, הופיע בפניי מר / גב' _____, נושא/ת ת.ז. מספר _____ ולאחר שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה וחתם/ה עליה בפני.

חתימת עו"ד _____

לכבוד

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, _____ ת.ז. _____, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ולכל מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לנציג קיבוץ שער הגולן/מר/גב' _____, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שיידרש, על מצב בריאותי או שיקומי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, ו/או כל חוות דעת אשר נכתבה בענייני.

אני משחרר בזה אתכם או כל מי מטעמכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי כאמור, ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע הקיים ברשותכם ו/או המצוי בשליטתכם, כולל מידע לגבי תשלומים ששילם לי המוסד לביטוח לאומי ו/או חברת ביטוח כלשהי, ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

חתימה _____