

**הצהרה על אחריות אישית לקבלת חיסונים**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ מחזור: \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי עלי לדאוג להתחסן, כפי שקובע נוהל משרד הבריאות, מתאריך 1.12.08

אני יודע כי בהתאם להנחיות משרד הבריאות לא אוכל להתחיל את ההתנסויות הקליניות בביה"ס עד אשר לא אסיים את החיסונים כנדרש ואחזיר למזכירות ביה"ס תיעוד חתום ממשרד הבריאות על קבלת החיסונים (חלק ג').

**חתימת תלמיד**

\_\_\_\_\_

**תאריך**

\_\_\_\_\_