

**נספח מספר 3: אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד**

**מקצועות הבריאות**

אני מאשר/ת כי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.
2. בצע/ה את הבדיקות בהקשר ל HBV - הנדרשות על פי עיסוקו/ה.
3. בצע/ה תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד \_\_\_\_\_ על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות

להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד המרפאה \_\_\_\_\_:

חתימה \_\_\_\_\_: