



הצהרת התנדבות לכוחות הסדירים של צה"ל

הצהרת המתנדב/ת

אני החתום/ה מטה:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מס' טלפון
----------	----------	---------	------------	-----------

מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

- הואיל ועל פי מדיניות מיטב כיום, לא הייתי נקרא/ת לשירות ביטחון וברצוני לשרת, הריני מבקש/ת בזאת להתנדב לשרת בכוחות הסדירים של צבא הגנה לישראל לתקופה של 6/12/18/24/32 חודשי שירות (ייקבע בהתאם לשיבוץ המיועד)
  - מתנדבים שתאריך הלידה שלהם הינו עד 1990, יחתמו על התנדבות לתקופה של 18 חודשי שירות.
  - ילידי 1991 ואילך שקיבלו פטור על רקע רפואי יחתמו על התנדבות לתקופה של 24 חודשי שירות.
  - ילידי 1991 ואילך שקיבלו פטור על רקע נפשי יחתמו על התנדבות לתקופה של 12 חודשי שירות, אלא אם יוחלט אחרת ע"י גורמי ברה"ן.
  - מתנדבים המיועדים למקצוע המצריך אורך שירות מלא של 32 חודשים כפי שנקבע על פי הרשות הצבאית המוסמכת, יחתמו על התנדבות לתקופה של 32 חודשי שירות.
- יש לציין את אורך השירות של המתנדב לפי ההסבר המצוין לעיל: \_\_\_\_\_
- ידוע לי כי התנדבות זאת תיכנס לתוקפה רק מהמועד בו תאושר ע"י מפקד מיטב או מי שהוסמך על ידו לכך.
- ידוע לי שאם תאושר התנדבותי, אהיה חייב/ת להתייצב לשירות במועד בו יקבע ע"י מפקד מיטב או מי שהוסמך על ידו לכך, אי התייצבות תגרוור סגירת בקשת התנדבות באופן מיידי.
- ידוע לי כי עם הגשת הבקשה והמועד בו תאושר (אם תאושר) ובמידה ואמצא כשיר/ה לשירות הנני מתחייב/ת כי לא אחזור בי מהתנדבותי, ואני מצהיר/ה כי לא אבקש להחיל עלי את מדיניות מיטב, לפיה לא הייתי נקרא/ת לשירות.
- כן ידוע לי שבמשך כל תקופת השירות על פי התנדבותי זו אחשב לחייל/ת בשירות סדיר בצה"ל לכל דבר ועניין ויחולו עלי על הזכויות והחובות החלים על חיילים בשירות סדיר בצה"ל לפי כל דין ולפי הוראות הצבא.

להלן הנימוקים לבקשתי:

---



---

אני מצהיר שקיבלתי אגרת הסברה למתנדב

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימה

הטופס נחתם בנוכחות:

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ מ.א

\_\_\_\_\_ שם+משפחה

\_\_\_\_\_ תפקיד

\_\_\_\_\_ חתימה



## ויתור על סודיות רפואית

### אני החתום/ה מטה:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מס' טלפון

נותן בזה רשות לכל אדם, העובד או משרת בחיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון ולכל אדם או גוף, המטפל בחיילים או במיועדים לשירות ביטחון מטעמו או בשליחותו של חיל הרפואה של צה"ל או במשרד הביטחון, לרבות, בית חולים, קופת חולים, הסניפים השונים של מוסדות אילו, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמם ו/או כל עובד בתחום בריאות הנפש או/ו התחום הסוציאלי או/ו הסיעודי או/ו השיקומי (להלן "נותני השירות) למסור למדור פרט בלשכת הגיוס ולתא מתנדבים במיטב (להלן "המבקשים) את כל המידע על מצבי הבריאותי, המצוי בידי נותני השירותים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים.

לעניין כתב ויתור על סודיות זה (על סעיפיו השונים) "מידע על מצבי הבריאותי" מידע על מצב בריאותי הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הנפשית, לרבות מידע הנוגע לטיפול פסיכולוגי או/ו פסיכיאטרי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או/ו מידע על מצבי הסוציאלי או/ו הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על תשלומים שהשתלמו לי בגין מצבי הבריאותי.

הנני משתרר בזה את משרד הביטחון, צה"ל וחיל הרפואה של צה"ל, וכל אדם ומוסד שנמנו לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע "למצבי הבריאותי" ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שפורטו לעיל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל נותני השירותים שנמנו בסעיף 1 לעיל, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור ולתפוצתו לאחר שנמסר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות והאנשים המנויים על נותני השירותים שפורטו בסעיף 1 לעיל.

### חתימת המלש"ב:

חתימה

ת.ז.

שם + משפחה

תאריך





## טיפול רפואי במהלך שירות:

אני החתום/ה מטה:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת מלאה	מס' טלפון
----------	----------	---------	------------	-----------

1. מצהיר בזאת כי הנני רשום כחבר בקופת חולים \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_ ביישוב \_\_\_\_\_.
2. להלן פירוט זכויותיך הרפואיות במהלך שירות כמתנדב:
  - **במידה ואני בעל פרופיל 21-** ידוע לי כי בתקופת שרותי הסדיר בצה"ל אקבל שרותי רפואה מקופת החולים בה הנני רשום, ולא מצה"ל (למעט חרום).
  - **במידה ואני בעל פרופיל 24/מוחזר שירות -** ידוע לי שאטופל ע"י גורמי רפואה בצה"ל במהלך שירותי. במידה ועולה בעיה רפואית חריפה במהלך יום העבודה **כל חייל** יקבל מענה רפואי ממרפאה צה"לית, גם אם מקבל טיפול רפואי בקופ"ח אזרחית.
  - 3. ידוע לי כי במידה שאמצא כשיר לשירות אפסיק לקבל שרותי רפואה מקופת החולים ואקבל טיפול מחיל הרפואה של צה"ל או מטעמו.
  - 4. **ידוע לי כי במידה ואעבור לשירות קבע אטופל ע"י גורמי הרפואה בצה"ל בלבד, ככלל משרתי הקבע.**
  - 5. הנני מצהיר כי בכל מקרה של שינוי משמעותי במצב בריאותי אודיע על כך לאתגר ל:
    - א. מועמד לשירות ביטחון יעדכן את מיטב- תחום מתנדבים.
    - ב. חייל בשירות חובה יעדכן את רופא היחידה והמפקדים.

הנני מאשר שהפרטים שמסרתי היום מלאים ונכונים:

חתימה

ת.ז.

שם + משפחה

תאריך