

## טופס הצהרה בעניין מצב רפואי ומימוש הנחיות משרד הבריאות בעניין נגיף הקורונה

### מלש"ב יקר.

לאור התפשטות נגיף הקורונה ובהמשך להנחיית משרד הבריאות ולמדיניות הצבא, אנו פועלים לשמירת בריאות כלל המשתתפים במיון/הכשרה. לפיכך הינך נידרש למלא הצהרה זו ולהחתים עליה גם את אחד ההורים או האפוטרופוסים שלך.

עליך להגיע עם ההצהרה חתומה כנדרש לעמדת הקליטה ולמסור אותה לסגל הצבאי.

1. האם מישהו מבני ביתך נמצא בבידוד ביתי? כן  לא
2. האם באת במגע הדוק עם אדם החשוד כחולה קורונה ב-14 יום האחרונים? כן  לא
3. האם הונחית להיכנס לבידוד בעקבות חקר מגעים או הודעת איכון? כן  לא
4. האם אתה או אחד מבני ביתך ממתינים לתשובה של בדיקת קורונה? כן  לא
5. האם חזרת בשבועיים האחרונים מחו"ל (כל יעד)? כן  לא
6. האם הנך סובל היום או ב-48 שעות האחרונות מחום מעל 37.5 מצ"ל, שיעול, קוצר נשימה, כאבי ראש, חולשה, כאבי שרירים ו/או שינוי חוש טעם ו/או ריח? כן  לא
7. האם יש ברשותך תעודת מתחסן/מחלים (יש להציגה למפקד בגיבוש) כן  לא
8. האם ברשותך תוצאת בדיקת קורונה שלילית מהיומיים האחרונים? כן  לא
9. האם חלית בשבועיים האחרונים בקורונה? כן  לא

קראתי את השאלות הנ"ל והבנתי את תוכן.

הבנתי כי בעת שהותי בבסיס ובשטח הגיבוש עלי להקפיד הקפדה יתרה על כללי ההגיינה

האישית לרבות שמירה על ריחוק חברתי ועטיית מסיכת אף-פה.

אני מתחייב לעדכן לשמור על קשר טלפוני עד שבועיים מסיום הגיבוש ולעדכן בכל מקרה

שאתגלה כחיובי לנגיף הקורונה.

### חתימת המלש"ב:

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### חתימת ההורה או האפוטרופוס:

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_