

State of Israel-Ministry of Health  
Geriatric Medical Center  
"Shmuel-Harofe" Hospital  
Affiliated to the Sackler school of Medicine  
Tel-Aviv University



מדינת ישראל - משרד הבריאות  
המרכז הרפואי הגריאטרי  
בית חולים "שמואל הרופא"  
מסונף לביים לרפואה ע"ש סאקלר  
אוניברסיטת תל-אביב

משאבי אנוש

**בקשת בגיר לקבל אישור משטרה**

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסדות מסוימים, התשס"א-2001 (להלן-החוק).

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_, בעל ת.ז. \_\_\_\_\_.

תאריך לידה \_\_\_\_\_, כתובת (כולל מיקוד) \_\_\_\_\_.

מבקש כי יינתן לי אישור משטרה לכך שאין מניעה לפי החוק להכשרתי כסטודנט במוסד המצוין בטופס 2 המצורף.

1. אני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_  
להגיש בקשה זו בשמי.

מצ"ב:

תעודת מוסד - טופס 2,

צילום תעודת זהות של הבגיר.

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה

אם מגיש הבקשה איננו הבגיר

**טופס 2  
תעודת מוסד**

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסדות מסוימים, התשס"א-2001 (להלן- החוק).

שם המוסד בי"ח שמואל הרופא סוג המוסד בי"ח גריאטרי ממשלתי

מס' רישום 21/1/01 מען המוסד ת.ד. 2 באר יעקב

מיקוד 7035001 טלפון 08-9258762-5

הנהלת מוסד  
מרכז הרפואי הגריאטרי  
בית חולים "שמואל הרופא"  
ת.ד. 2 באר יעקב  
טלפון: 08-9258611

אני הח"מ גור שם פרטי \_\_\_\_\_  
שם משפחה פוחט (ג') \_\_\_\_\_  
מס' זהות 028903573 \_\_\_\_\_

אחראית על קבלת אדם לעבודה במוסד זה, מאשרת כי תעודה זו ניתנת על ידי בעניין הכשרתו של \_\_\_\_\_ בעל ת.ז. \_\_\_\_\_.

אני מצהירה כי המוסד האמור הוא מוסד כהגדרתו בחוק

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה

ת.ד. 2 באר יעקב, מיקוד 7035001 טלפון: 08-9258762-5 פקס: 08-9258741