



תשפ"ו

הצהרת המועמד/ת ללימודים בתוכנית הבוגר מדעי האקדמיה (סיעוד)

1. הובהר לי כי, כתלמיד/ה בתוכנית הבוגר מדעי האקדמיה (סיעוד), במשך לימודי הקליניים, ובעקבות כך, כאשר אעבוד במקצוע הסיעוד, אהיה חשוף/ה להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. בנוסף אני עלול/ה להדביק במחוללים אלו את המטופלים. מסיבה זו הובהר לי כי משרד הבריאות קבע, שעל תלמידי מקצועות הבריאות, להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל. (נוהל "חיסון תלמידי מקצועות בריאות" מספר 2-2009, מעודכן בתאריך 1.11.2008 ופורסם באתר משרד הבריאות במרץ 2009). ניתן לעיין בנוהל באתר האינטרנט של משרד הבריאות.
<http://www.health.gov.il/search/default.asp> כתובת אתר משרד הבריאות
2. הובהר לי כי, לימודי בתוכנית הבוגר מדעי האקדמיה (סיעוד) כרוכים במאמץ פיזי ונפשי הן בלימודים האקדמיים והן בהתנסויות הקליניות, ואני מצהיר/ה כי נכון להיום אני מסוגלת/ל לעמוד בכל הקשיים הכרוכים בכך.
3. הובהר לי במפורש כי, על מנת לעמוד בכל דרישות תכנית הלימודים יהיה עלי להשתתף בכל המטלות והחובות ללא כל הקלה או ויתור על כל מגוון התחומים הנדרשים.
4. אני מאשר/ת העברת פרטי האישיים ועדכוןם מעת לעת למנהל הסיעוד במשרד הבריאות.
5. האישור הניתן על ידי המחלקה למדעי האקדמיה (סיעוד) במרכז האקדמי רופין, למשרד הבריאות בנוגע להשלמת תכנית הלימודים, מחייב עמידה בהצלחה בכל דרישות תכנית מנהל הסיעוד במשרד הבריאות.
6. אין באישור זה כדי לחייב את מנהל הסיעוד במשרד הבריאות ואין בכך כדי להבטיח רישום בפנקס האחיות.
7. משרד הבריאות רשאי לדרוש בדיקה מטעמו לרבות העמדת הסטודנט בפני ועדה רפואית כתנאי לרישום בפנקס האחיות.
8. הובהר לי ואני מסכים/ה כי אם אתקבל ללימודים אתקבל מתוך ידיעה והבנה ברורה כי, קיימת אפשרות שעל אף ההשקעה במסגרת הלימודים לא ימצאו אותי כשיר/ה להירשם בפנקס האחיות ולא אוכל לשמש כאח/ות מוסמך/ת במדינת ישראל.

ולראיה באתי על החתום :

שם: _____ ת.ז: _____

בתאריך: _____ חתימה: _____

נא למסור מסמך זה למזכירות מנהל הסטודנטים עם פתיחת שנת הלימודים או במייל :

Smadarm@ruppin.ac.il

מדעי האֶחָיוֹת
(סיעוד)

המרכז האקדמי
רופין

