



המכללה הטכנולוגית לרכב

אגוד המוסכים בישראל

רשות הסמכה לעגורנאים מספר 70



טלפונים 08-6233107 050-7575352

הצהרה על העדר שינויים במצב הבריאות

הצהרת בעל הסמכה להפעלת עגורן מהסוגים ג' ו-ד' ולמתן איתות
על העדר שינויים במצב בריאות

כנדרש בתקנות הבטיחות בעבודה
(עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים) (תיקון) התשנ"ז-1997
תוספת רביעית - תקנה 11 (ד)

מס' תעודת הסמכה: _____ המפעל: _____
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת"ז: _____ תאריך לידה: _____ שם האב: _____
כתובת מגורים: _____
(רחוב + מס' בית + ישוב + מיקוד)

טלפון: _____ טלפון: _____ נייד: _____
(עבודה) (בית)

הנני מצהיר בזה כי מיום הגשת הבקשה להסמכה, או חידושה לאחרונה, או מיום
הודעתי האחרונה לרשות ההסמכה על שינוי במצב בריאותי, לא נתגלו אצלי, לפי
מיטב ידיעתי, מגבלות במערכת העצבים, העצמות, הראיה או השמיעה, ובמצב

בריאותי הנוכחי הנני כשיר לתפקיד.

כמו כן הנני מצהיר כי הסמכתי להפעלת עגורן מסוג ג' ו-ד' ולמתן איתות לא נפסלה.

אני מצהיר בזאת כי הצהרתי אמת

_____ חתימה

_____ שם מלא

_____ תאריך

למחדשים לראשונה, נא לצרף את התעודה הקודמת ולציין תאריך לידה: _____