



ראש שירותי בריאות הציבור

Director of Public Health Services

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

טופס הצהרה

1. שם העובד/ת: _____

2. תעודת זהות: _____

3. תקופת הבידוד: _____

4. סיבת הבידוד: _____

א. חזרה מאחד היעדים כמפורט בצו בריאות העם:

(1) היעד ממנו חזר העובד: _____

(2) מועד השהייה האחרון ביעד: _____

ב. מגע הדוק עם חולה מאומת:

(1) מקום החשיפה לחולה: _____

(2) מועד החשיפה לחולה: _____

חתימת העובד/ת: _____

תאריך: _____