<u>אישור רופא/ה לאדם עם מוגבלות</u>

למילוי ע"י הרופא/ה:

הריני לאשר כי _____ מס תעודת זהות _____ הינו / הינה אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח- 1998, ונזקק/ת לסיוע אישי בשל מוגבלות זו.

☐ המוגבלות הינה זמנית (מעל 60 יום) מתאריך _____ עד תאריך _____

(במקרה שהמוגבלות זמנית יש להציג אישור מעודכן מדי שנה).

☐ המוגבלות הינה קבועה.

תאריך _____ חתימה וחותמת רופא/ה_____

לפי סעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח- 1988:

"אדם עם מוגבלות" – אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים.

למילוי ע"י העובד/ת:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מצב משפחתי	יחידה

תאריך _____ חתימה _____