עדכון והצהרה לבירור כשירות לנהיגה
במכון הרפואי לבטיחות בדרכים (מרב"ד)

א. פרטי מגיש הבקשה:

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב

ב. מען:

רחוב, מספר בית, דירה וכניסה		שם הישוב	מיקוד
מספר טלפון/נייד:	שנת לידה	זכר / נקבה	מספר רישיון נהיגה
וותק בנהיגה (מספר שנים)	סוג רישיון נהיגה **קיים**		סוג רישיון נהיגה **מבוקש**

ג. פרטי חשבון (שדה זה אינו חובה אך יהיה נחוץ במידה ויהיה צורך לבצע החזר כספי):

שם מלא של בעל/ת החשבון	שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון

ד. הצהרה בדבר הסכמה למסירת מידע פלילי בעבירות תעבורה:

הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי לכך שמשטרת ישראל תעביר למכון הרפואי לבטיחות בדרכים מידע מהרישומים בעבירות תעבורה המנוהלים על שמי במאגר המידע הפלילי, שברשות משטרת ישראל, על פי חוק תקנות 193א' ו- 15ב' (1) ו- (3) לתקנות התעבורה בהיקף המגיע לו על פי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981 לצורך קביעת כשירותי הרפואית לנהיגה ולצרכי בקרת מערכת.

ידוע לי כי הסכמתי במסמך זה פוטרת את המשטרה ממשלוח הודעה אליי בדבר מסירת המידע אודותיי.

ידוע לי כי הנני זכאי/ת לעיין ברישומים המנוהלים על שמי במאגר המידע שבמשטרת ישראל.

ה. הצהרה בדבר ויתור על סודיות רפואית:

הנני נותן בזה רשות למשרד התחבורה ולכל רופא או מטפל אחר ו/או עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה קופת חולים, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הביטחון או לכל גורם אחר שברשותו מידע רפואי או שיקומי אודותיי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמם או בשליחותם למסור למכון הרפואי לבטיחות בדרכים שבמשרד הבריאות או הפועלים מטעמו (להלן: המכון), את כל המידע ללא יוצא מהכלל, בין בכתב ובין בעל פה, ובאופן שידרוש המכון, על מצבי הבריאותי או השיקומי – הן מבחינה פיזית, הן מבחינה הנפשית לרבות מידע הנוגע לטיפולים או אשפוזים בתחום בריאות הנפש, לטיפולים, בדיקות ואבחנות רפואיות, מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי וכל היוצא באלה הדרושים לפי שיקול דעת המכון לצורך קביעת כשירות לנהיגה. והנני משחרר/ת את מחזיקי המידע כאמור ואת המכון ו/או עובדיכם או את כל מי שפועל מטעמם או בשליחותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המכון הרפואי לבטיחות בדרכים והגורמים המוסמכים במשרד התחבורה, ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

ו. הנני מאשר/ת קבלת עדכונים לסטטוס הטיפול במכון הרפואי לבטיחות בדרכים בערוצים הבאים:

דוא"ל (E-mail): כן / לא, במידה וכן כתובת מייל: _____.

הודעת SMS: כן / לא.

***חתימתי מטה מתייחסת לכל אחד מהסעיפים א, ב, ג, ד,ה, ו.**

תאריך	שם מלא	מספר זהות	חתימה