



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: _____