**טופס הסכמה למסירת פרטים למשרד הבריאות – רישוי מקצועות רפואיים**

* + - 1. אני נותן/נותנת את רשותי לאוניברסיטת בר אילן (להלן: "האוניברסיטה") או למי מטעמה להעביר למשרד הבריאות (לאגף לרישוי מקצועות רפואיים או ליחידה אחרת, העוסקת ברישוי מקצועות הרפואה או הבריאות, גם אם שמה שונה), באמצעות מדור המחשוב של משרד-הבריאות, מידע בדבר לימודי באוניברסיטה וכן בדבר לימודים אקדמיים קודמים, ככל שהמידע מצוי בידי האוניברסיטה וככל שנדרש למשרד הבריאות.
			2. 'מידע' לעניין הסכמה זו, כולל כל הנתונים שנמסרו על ידי במסגרת או בקשר עם ההרשמה ללימודים באוניברסיטה וכן כל מידע אקדמי שיצטבר בידי האוניברסיטה לגביי במהלך לימודיי, ובין היתר, מבלי לפגוע בכלליות האמור: כתובת, כתובת מייל, מספרי טלפון, שמות הקורסים אותם למדתי והציונים שקיבלתי באותם קורסים, כולל קורסים שלמדתי במוסדות אקדמיים אחרים ושאת פרטיהם והציונים שקיבלתי בהם מסרתי בעת ההרשמה ללימודי באוניברסיטה, פרטים בדבר השתתפות בקורס פרקטיקום כולל ציון הקורס, מידע בדבר סיום חובות השמיעה לתואר שני, מידע על עבודת התיזה לתואר שני ובכלל זה ציון התיזה.
1. אני משחרר/משחררת את האוניברסיטה וכל עובד מעובדיה ומוסד ממוסדותיה מחובת שמירה על סודיות ומכל חובה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות, תשמ"א -1981, בכל הנוגע למסירת המידע כאמור במסמך זה ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה כלפי האוניברסיטה או מי מטעמה בקשר למסירת מידע כאמור.
2. הובהר לי שהמידע יועבר לצורך ייעול ושיפור תהליך רישומי במשרד הבריאות, לבחינות רישוי ולכל הליך שנדרש לשם קבלת תעודה/רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק במקצוע רפואה או בריאות, לאחר סיום לימודיי, ככל שאסיים את לימודיי בהצלחה. עוד הובהר לי שאם אבחר שלא לאשר מסירת המידע כאמור במסמך זה יהא עליי לבצע בעצמי את כל הפעולות שידרשו לצורך רישומי לבחינות רישוי ולכל הליך שנדרש לשם קבלת תעודה ממשרד הבריאות או לשם רישום במאגר רישוי של משרד הבריאות.
3. ידוע לי שאני רשאי להימנע מחתימה על מסמך זה ולא יהיה בכך כדי להשליך באופן כלשהו על לימודיי באוניברסיטה.

**ולראיה באתי על החתום:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם פרטי + שם משפחה ת.ז.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תאריך חתימה

מאשר החתימה (מהאוניברסיטה): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_