



ראש שירותי בריאות הציבור
Director of Public Health Services

משרד
הבריאות
מחייב בריאות יחיד

טופס הצהרה

1. שם העובד/ת: _____
2. תעודת זהות: _____
3. תקופת הבידוד: _____
4. יום שהייה האחרון באחד היעדים (סין, תאילנד, סינגפור, מקאו, הונג קונג, יפן או דרום קוריאה)/ יום המגע האחרון עם חולה קורונה (מחק/י המיותר): _____

חתימת העובד/ת: _____

תאריך: _____