



THE STATE OF ISRAEL  
MINISTRY OF HEALTH  
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER  
Affiliated to the Tel-Aviv University  
Sackler School of Medicine  
TEL-HASHOMER 52621, ISRAEL

מדינת ישראל  
משרד הבריאות  
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא  
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר  
באוניברסיטת תל-אביב  
תל השומר 52621, ישראל

### הצהרה לצורך הגשת בקשה לאשרור הוועדה לשינוי מין

מיועד למבקשים שעברו הליך כירורגי לשינוי מין בחו"ל או הליך כירורגי פרטי בישראל שלא אושר מראש על ידי הוועדה לשינוי מין ומעוניינים לשנות את פרט המין במרשם האוכלוסין.

אני \_\_\_\_\_, החתום/מה מטה, בעלת ת.ז. \_\_\_\_\_  
מצהיר/ה בזאת כדלהלן:

1. תצהיר זה מצורף לצורך דיון בבקשתי לאשרור המסמכים הרפואיים המעידים על ביצוע הליך כירורגי לשינוי מין שהגשתי לוועדה לצורך שינוי פרט המין במרשם האוכלוסין.
2. ידוע לי כי הוועדה תבדוק את בקשתי בהסתמך על עיון במסמכים הרפואיים האמורים בלבד.
3. ידוע לי והוסכם עלי כי לא אהיה זכאי/ת למימון ההליך הכירורגי שעברתי בהתבסס על אשרור הוועדה ושאלה זו תיבחן בנפרד על פי הכללים הקיימים.
4. ידוע לי והוסכם עלי כי לא תהיה לוועדה, לבית החולים או למשרד הבריאות כל אחריות ביחס להליך הכירורגי שעברתי ולתוצאותיו הגופניות או הנפשיות.
5. ידוע לי והוסכם עלי כי לוועדה, לבית החולים או למשרד הבריאות אין כל אחריות לגבי שינוי פרט המין במרשם האוכלוסין וכל בקשה הנוגעת לשינוי פרט המין במרשם, תיבחן ותתקבל על ידי הגורם האחראי לכך ברשות האוכלוסין וההגירה.
6. אני מצהיר/ה בזאת כי את הצהרתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינתי את כל האמור לעיל.

\_\_\_\_\_ שם המבקש  
\_\_\_\_\_ חתימה  
\_\_\_\_\_ תאריך