

**תעודת רופא**

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_

מעונו/ה ומקום עבודתו/ה \_\_\_\_\_

מס' רישיונו/ה \_\_\_\_\_

אני החתום/ה מטה מעיד/ה ומאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_

במקום \_\_\_\_\_ בדקתי את \_\_\_\_\_

ומצאתי בו את הממצאים הבאים \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

האם מסוגלת/ת להביע דעתו/ה בעניין המינוי אפטרופוס :  כן  לא

האם מסוגלת/ת להופיע בבית המשפט :  כן  לא

תעודה זו ניתנה על ידי לשם הגשתה כראייה לבית המשפט והריני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות בשבועה בבית המשפט דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_