

קורס אתתים

דף מידע

מיהו אתת?

אדם אשר הוסמך לסימון ולהכוונת מנופאים, לבחירת אביזרי הרמה מתאימים ולקשירת המטען למנוף בצורה נכונה.

תנאי קבלה:

1. גילאי 18 ומעלה
2. 100% נוכחות
3. אישור על ניסיון מעשי של שבועיים בעבודה בליווי עגורנאי/אתת מוסמך (מצ"ב)
4. אישור רופא תעסוקתי (מצ"ב)

נושאי לימוד:

1. חוקים ותקנות
2. גופים וחומרים להרמה בבניין
3. הכרה והפעלה בטוחה של עגורנים ומטענים
4. אבזרי הרמה וכלי טעינה
5. עניבנות
6. איתות

משך הקורס:

1. שני מפגשים, 19 שעות
2. מבחן עיוני ומעשי

לידיעה: יש לבצע חידוש הסמכה אחת לשנתיים.

המסיימים בהצלחה יירשמו במאגר נותני השירות כאתתים, מטעם מינהל הבטיחות.

אישור על עבודה מעשית לצורך הסמכה כעגורנאי / אתת

יש למלא את כל הפרטים בכתב קריא וברור, ולשלוח למכללת הבונים באמצעות מייל
bonim353@gmail.com או ווצאפ: 08-9700043

חלק א הצהרה על עבודה מעשית

הריני לאשר כי הדרכתי את החניך: _____

ת"ז: _____

במשך 80 שעות, במתן איתות / הפעלת עגורן מסוג:

עגורן גשר עליו/שער ללא תא הפעלה (דרגה ג'1) עם תא הפעלה (דרגה ג'2)

עגורן לטעינה עצמית עד עומס 1 טון (דרגה ד'1) מעל עומס 1 טון (דרגה ד'2)

איתות ועניבות

פרטי העגורנאי החונך:

שם: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

פרטי החברה המעסיקה:

שם החברה: _____ חותמת: _____

תאריך: _____

חלק ב הערות ותנאים להסמכה

שימוש כאתת מותר רק אם המפעיל מחזיק בתעודת הסמכה בתוקף, בהתאם
לתקנות הבטיחות.

כתנאי לקבל תעודה ההסמכה, נדרש החניך לעבור התנסות מעשית של 80 שעות
לפחות תחת אתת מוסמך/ עגורנאי מוסמך, בעל ותק של שנה לפחות.

האחריות על מסירת המסמכים, תקינותם ונכונותם הינם על החניך בלבד.

חלק ג הצהרת החניך

אני מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים, ושקראתי את ההערות
והתנאים להסמכה.

כמו כן, אני מצהיר שלא נפסלתי בעבר מלהיות עגורנאי מוסמך ו/או אתת מוסמך.

_____ תעודת זהות

_____ שם ושם משפחה

_____ כתובת דואר אלקטרוני

_____ חתימה

_____ טלפון נייד



**בקשה לבדיקה רפואית לשם הסמכה כעגורנאי ו/או אתת
הבדיקה תבוצע ע"י רופא תעסוקתי בלבד.**

לכבוד,

משרד הכלכלה / זרוע העבודה / מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית, רח' בנק ישראל 7, קריית הממשלה, ירושלים
ת.ד. 39255, מיקוד 9139102, מס' פקס: 7696347 – 074, דוא"ל: Cranes@labor.gov.il.

אני הח"מ מבקש לבדוק אותי לשם קבלת תעודה רפואית בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים), התשנ"ג-1992, לצורך הסמכתי כעגורנאי מסוג _____ ו/או אתת.

שם :	_____	מס' זהות :	_____	תאריך לידה :	_____
כתובת מגורים :	_____				
מיקוד :	_____				
טלפון :	_____	טלפון נייד :	_____		

ויתור על סודיות רפואית

אני מתחייב בזה למסור לכל רופא תעסוקתי ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הרפואי הבודק אותי כמועמד להתחיל או להמשיך בעבודה כעגורנאי ו/או אתת, בהתאם לתקנות הבטיחות בעבודה (עגורנאים, מפעילי מכונות הרמה אחרות ואתתים), התשנ"ג-1992, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה ועל כל מום שחליתי או נפגעתי בהם בעבר ושאיני חולה בהם היום, מבלי להעלים דבר. אני מוותר בזה על הסודיות הרפואית לגבי כל מחלה או מום שחליתי בהם בעבר או שהנני חולה בהם בהווה, לרבות כל נתון רפואי המתייחס אלי. הנני נותן בזה רשות לכל רופא ולכל עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל ולמוסד עצמו לקבל אינפורמציה מלאה על כל מחלה או מום כלשהם. ידוע לי שקבלת האינפורמציה על כל מחלה או מום יכולה להיעשות אל מול כל מוסד רפואי שהוא ועובדיו, לרבות קופות חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או מוסדות רפואיים פרטיים או המוסד לביטוח לאומי או כולם יחד (להלן מוסרי המידע). הנני מסכים שרופא או עובד רפואי אחר מהמוסד הבודק אותי כנ"ל והמוסד עצמו ימסרו למינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית ידיעות מלאות על מצב בריאותי ועל כשרי לעסוק בעבודה כעגורנאי או כאתת, ולא תהיינה לי אל המוסד הבודק אותי או אל רופאיו ועובדיו האחרים וכן אל מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית ועובדיו, שום טענות או תביעות מסוג כלשהו בקשר לכך.

_____ תאריך
_____ חתימת המבקש

1. הנני להודיעך שבדקתי בתאריך: _____ את העובד שפרטיו מעלה
ומצאתי אותו **כמתאים** / **כבלתי מתאים** ^(*) לעבוד כ **עגורנאי** / **אתת** ^(*) (* מחק את המיותר)
2. על העובד הנ"ל להופיע לבדיקה רפואית חוזרת **לא יאוחר מתאריך** / **כנדרש בתקנות** ^(*) _____
3. תנאים רפואיים מגבילים לרישוי: _____

על הרופא הבודק למלא את הפרטים הבאים במלואם:

שם הרופא המורשה _____ מס' רישיון הרופא _____ חתימת הרופא וחותמת _____ שם המוסד הרפואי _____