

הנהלת הסייעוד
Nursing Management Department



תמונה

תאריך תחילת עבודה _____
 שם מחלקה _____
 היקף משרה _____

טופס שאלון למועמד/ת למשרת אח/ות

הנחיות למילוי השאלון:

נא מלא/י בעט את הפרטים הנדרשים או הקף/י בעיגול את הנתונים המתאימים.

תאריך מילוי השאלון _____

1. פרטים אישיים

מס' זהות: _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____
 שם פרטי ושם משפחה באותיות דפוס לטיניות _____
 שם משפחה קודם _____
 כתובת דואר אלקטרוני _____@_____

2. פרטים נוספים

כתובת: _____
 רחוב _____ מס' בית _____ שכונה _____ עיר _____ מיקוד _____

מס' טלפון נייד _____
 נקבה / זכר תאריך לידה: ____/____/____ מצב משפחתי: רווק/ה; נשוי/אה; גרוש/ה; אלמ/ה
 מס' ילדים: _____
 ארץ מוצא: _____ תאריך עליה: ____/____/____
 שם בן/ת הזוג: _____ מקצוע בן/ת הזוג: _____

האם קיבלת מילגת לימודים ממשרד הבריאות: כן / לא אם כן, היכן שובצת.

שירות צבאי

כן / לא תאריך גיוס: _____ תאריך שחרור: _____, שרות לאומי: כן / לא
 מס' אישי: _____ תפקיד בצבא: _____ דרגה: _____
 פרופיל בשחרור: _____ סיבת הפטור: _____ סיבת השחרור: _____
 חובת מילואים: כן / לא; תפקיד במילואים _____

3. המשרה המבוקשת

הנני מבקש/ת להתקבל לעבודה במשרה _____ / חלקית % _____
 עדיפות למחלקות: 1. _____ 2. _____ 3. _____
 נמק/י את בקשתך: _____
 מוכן/ה להתחיל בעבודה בתאריך: _____

הנהלת הסייעוד
Nursing Management Department

3. השכלה כללית

הקפד/י למלא את הפרטים באופן מדויק

תעודת בגרות	שנת סיום	מס' שנות לימוד	עיר / ארץ	שם בית הספר	השכלה תיכונית

4. לימודי סיעוד

שנת סיום	מס' שנות לימוד	*מסלול הלימודים	שם ביה"ס לסייעוד

5. השכלה אקדמאית

שנת סיום	עיר / ארץ	שם המוסד	חוג	תואר

6. לימודים מקצועיים (שאינם סיעוד)

הערות	תעודה	שם המוסד	סוג הלימודים	תאריך סיום	תאריך התחלת הלימודים

הערות	תעודה	שם המוסד	סוג הלימודים	קורסים על בסיסיים

7. ידיעת שפות

בכל משבצת ציין/ני את רמת הידע: שפת אם / טובה / בינונית / חלשה

דיבור	כתיבה	קריאה	השפה

8. מקומות עבודה בסייעוד

פרטי את מקומות העבודה העיקריים או האחרונים במקצוע, מקומות העבודה בארץ ובחו"ל על פי סדר כרונולוגי:

עד תאריך	מתאריך	תפקיד	מחלקה טלפון איש קשר	טלפון/כתובת המוסד לבירור פרטים	שם המוסד (בי"ח/קופ"ח/מרפאה פרטית וכו')

הנהלת הסייעוד
Nursing Management Department

הצהרה: שם פרטי: _____ ת.ז: _____

הקף בעיגול במקום המתאים

1. הצהרה בדבר מחלה מסכנת:

הריני מצהיר/ה בזה, כי אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש: נכון / לא נכון
פרטי/י:

הריני מצהיר/ה בזה, כי אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפולי
או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממני את היכולת לעסוק במקצועי הבריאותי לחלוטין, זמנית או
חלקית: נכון / לא נכון

הערות:

הריני מצהיר/ה בזה כי מעולם לא נטלתי סמים/או עשיתי שימוש בהם: נכון / לא נכון

2. הצהרה בדבר הרשאה לעסוק במקצוע הסייעוד:

הריני מצהיר/ה בזה, כי רישיוני המקצועי לא נשלל או הותלה מעולם בארץ או בארץ אחרת
נכון / לא נכון

3. הצהרה בדבר עבירות:

נפתח נגדי תיק במשטרה בגין חשד לעבירה פלילית או הוגש נגדי כתב אישום בגין עבירה פלילית או הורשעתי
אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל או נפתח נגדי הליך משמעתי בארץ או בחו"ל.
נכון / לא נכון

אם התשובה היא "נכון", נא פרטי/י:

4. הריני מצהיר/ה בזאת, כי ידוע לי שיש לי קרוב משפחה העובד במרכז רפואי בני ציון / או / ובעיריית חיפה.
נכון / לא נכון

5. כתב הסכמה:

בהתאם לאמור בסעיף 6 לחוק המרשם הפלילי, תשמ"א-1981, אני החתום/מה מטה מסכים/מה כי יועבר
למשרד הבריאות מידע מן הרישום הפלילי (אם ישנו) המתייחס אלי ומידע מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.
הסכמה זו היא לצורך הוכחת קיום תנאי אדם הגון בלבד.

6. הצהרה על נכונות הפרטים:

אני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים ושידוע לי כי אם יוברר כי אינם נכונים, אני צפוי/ה לעונש
בהתאם לחוק הישראלי.

חתימה _____

תאריך _____

הנהלת הסייעוד
Nursing Management Department

- נושאים עיקריים שהינך מעוניין/נת להעמיק וללמוד, רלוונטים להכשרתך המקצועית.

- יעדים שהנך מציב/ה לעצמך במסגרת המקצוע (קצרי טווח, ארוכי טווח)

- כאדם וכעוסק בסייעוד, מהן נקודות העוצמה שלך?

- כאדם וכעוסק בסייעוד, מהן נקודות החולשה שלך?

- שאלות ודילמות מרכזיות המעסיקות אותך לגבי עצמך בתחום בסייעוד

לכבוד
אילנה פטרפרוינד
מנהלת הסייעוד
מרכז רפואי "בני ציון"

הנדון: ויתור על סודיות

אני _____ ת.ז. _____ מוותר/ת בזאת על סודיות הקשורה
למידע מקצועי ומאשר/ת קבלת חוות דעת על כישורי המקצועיים והאישיים.

ב ב ר כ ה,

שם ושם משפחה _____

חתימה _____

הנהלת הסיעוד
Nursing Management Department
המועמד _____

סיכום ראיון על ידי מנהלת הסיעוד:

המועמד רואיין על ידי בתאריך _____

תאריך _____ חתימת מנהלת הסיעוד _____

הוחלט לקבל למחלקה: _____

תאריך התחלת העבודה: _____

תפקיד: _____ % משרה: _____

תנאים מיוחדים: _____

הוחלט לא לקבל. סיבת אי הקבלה: _____

חתימת מנהלת הסיעוד: _____ תאריך: _____