

הנהלת הסייעוד  
**Nursing Management Department**



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')

ה צ ה ר ה : ש מ פר ט י : ת.ז.:

**הקף בעיגול במקום המתאים**

1. הריני מצהיר/ה בזה, כי אינני סובלת/ולא סבלתי מעולם ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול 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:

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 הסיעוד  
**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 בסיעוד, מהן נקודות העוצמה שלך?

---

---

---

---

---

- כאדם וכעוסק בסיעוד, מהן נקודות החולשה שלך?

---

---

---

---

---

- שאלות ודילמות מרכזיות המעסיקות אותך לגבי עצמך בתחום בסיעוד

---

---

---

---

---

---

---

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 \_\_\_\_\_

