

הנהלת הסיעוד

Nursing Management Department

תמונה

תאריך תחילת עבודה \_\_\_\_\_  
תאריך סיום העסקה \_\_\_\_\_  
שם המחלקה בה הוצב/ה \_\_\_\_\_

**שאלון למועמד/ת סטודנט/ית לסיעוד**  
**העובד/ת ככוח עזר באופן זמני עד תום הלימודים**  
(לצורך לשאלון אישור לימודים בתוקף)

**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; גרושה; אלמן/ה  
מס' ילדים: \_\_\_\_\_  
ארץ מוצא: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
שם בן/ת הזוג: \_\_\_\_\_ מקצוע בן/ת הזוג: \_\_\_\_\_

**האם קיבלת מילגת לימודים ממשרד הבריאות:** כן / לא

**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 \_\_\_\_\_

\* זכר ונקבה כאחד

הנהלת הסיעוד

**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. לימודים בסיעוד**

שם של מרכזת התוכנית ומספר טלפון	התנסות במח' הפנימית	חודש ושנת סיום	שם המוסד	שנת לימודים	תאריך תחילת לימודים

**5. לימודים אחרים**

הערות	תעודה	שם המוסד	סוג הלימודים	תאריך סיום	תאריך התחלת הלימודים

**6. ידיעת שפות**

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

דיבור	כתיבה	קריאה	השפה

**7. מקומות עבודה/התנסויות – באילו מחלקות ושם בית החולים**

שם המוסד	טלפון / כתובת המוסד לביור פרטים	תפקיד	מתאריך	עד תאריך	היקף משרה (%)

**8. מקומות עבודה מחוץ לביה"ח**

שם החברה	תפקיד	עיר	מתאריך	עד תאריך	איש קשר

**הנהלת הסיעוד**  
**Nursing Management Department**

ה צ ה ר ה : שם פרטי : ת.ז.:

**הקף בעיגול במקום המתאים**

1. הריני מצהירה 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 מצהירה בזה כי מעולם לא נטלתי סמים/או עשיתי שימוש בהם: נכון / לא נכון

2. **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:

3. **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.

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

5. **הצהרה על נכונות הפרטים:**

אני מצהירה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים ושידוע לי כי אם יוברר כי אינם נכונים, אני צפויה לעונש בהתאם לחוק הישראלי.

חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

הנהלת הסייעוד  
**Nursing Management Department**

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.

בברכה,

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_