

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; גרוש/ה; 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

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

4. לימודים בסיעוד

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

5. לימודים אחרים

תאריך התחלת הלימודים	תאריך סיום	סוג הלימודים	שם המוסד	תעודה	הערות

6. ידיעת שפות

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

השפה	קריאה	כתיבה	דיבור

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

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

8. מקומות עבודה מחוץ לביה"ח

שם החברה	תפקיד	עיר	מתאריך	עד תאריך	איש קשר

ה צ ה ר ה : 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 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 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:

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

תאריך _____ חתימה _____

הנהלת הסיעוד
Nursing Management Department

לכבוד
אילנה פטרפרוינד
מנהלת הסיעוד
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 _____