



תמונה

נא להדביק כאן
תמונה אחת

טופס הרשמה למועמדים ללימודי הסבת אקדמאים בסייעות לתואר אח/ות
מוסמך/ת ספטמבר 2020

נא למלא את כל הסעיפים שבטופס ואת הנספחים במדויק ובכתב ברור.

א. פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

השם בלועזית: _____

שם משפחה קודם: _____

מספר זהות:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מין: ז / נ תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____

דת: _____

מצב משפחתי:

- א. רווק/ה
- ב. נשוי/אה
- ג. גרוש/ה
- ד. אלמן/ה

כתובת:

ישוב: _____ רחוב: _____ בית: _____ ת.ד. _____

מיקוד: _____ טלפון: _____ נייד: _____

דוא"ל: _____

פרטים על המשפחה:

שם	אב	אם	בן/ת זוג
גיל בשנים	_____	_____	_____
ארץ מוצא	_____	_____	_____
השכלה	_____	_____	_____
תעסוקה	_____	_____	_____
מקום עבודה	_____	_____	_____

מס' אחים: _____ גילאים: מ _____ עד _____

מס' ילדים: _____ גילאים: מ _____ עד _____

השכלה כללית

שם המוסד ומקומו	מגמת לימודים	סיום לימודים	תעודה
השכלה תיכונית			
השכלה אקדמאית			

שליטה בשפות:

ידיעה טובה סמן 3, ידיעה בינונית סמן 2, ידיעה מועטה סמן 1

<u>שפה</u>	<u>קריאה</u>	<u>כתיבה</u>	<u>דיבור</u>
ערבית	_____	_____	_____
עברית	_____	_____	_____
אנגלית	_____	_____	_____
אחרת	_____	_____	_____

- ציון ממוצע (B.A) _____

ב. פרטים נוספים

תעסוקה נוכחית: _____ שם המעסיק: _____

האם למדת בעבר מקצוע הסיעוד? ☐ כן ☐ לא

אם כן, לפרט _____

האם למדת/עבדת בעבר בתחום הבריאות? ☐ כן ☐ לא

אם כן, לפרט _____

האם נרשמת לבי"ס לסיעוד אחר? ☐ כן ☐ לא

אם כן, לפרט _____

השם והמען של האדם הקרוב אליך ביותר לשם מתן הודעה:

שם: _____ קרבה: _____

כתובת: _____ מס' טלפון נייד: _____

דמי הרשמה: (ללא החזר גם במידה והמועמד לא מתקבל): 240₪

ג. קורות חיים

- להוסיף פרטים שלא הוזכרו קודם
- לנמק את בקשתך ללימודי הסיעוד בכלל ובבית ספר האקדמי לסיעוד נצרת בפרט.

הנני מאשר ומצהיר כי הידיעות שמסרתי בטופס ההרשמה הנן נכונות.

תאריך: _____ שם: _____

חתימה: _____



נספח א

הצהרת בריאות

חלק א (מיועד למילוי ע"י המועמד)

אני החתום(ה) מטה :

שם _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____

אני מצהיר (ה) ומאשר(ת) בזה כדלהן :

בכל הסעיפים הקף/י בעיגול את תשובתך המתאימה למצבך הבריאותי.

1. באופן כללי מצבי הבריאותי הינו : טוב מאוד / טוב / בינוני / למטה מבינוני

2. אני סובלת/היום/ סבלתי בעבר מבעיות רפואיות כן / לא
אם כן, נא לפרט : _____

3. יש לי נכות/ הגבלה פיזית/ הגבלה בתפקוד (לדוגמא: ראייה שמיעה , הליכה,...) / הגבלה נפשית כלשהיא? כן / לא
אם כן נא לפרט : _____

4. אושפזתי פעם בבית חולים ? כן / לא
אם אושפזתי : מתאריך _____ עד תאריך _____
מהסיבות הבאות _____

5. אני משתמש/השתמשתי בעבר בתרופות כלשהן באופן קבוע ? כן / לא
אם כן : שם התרופה _____ סיבת המתן _____
באיזה גיל _____ למשך כמה זמן _____

6. אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים
ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה.

7. שם רופא המשפחה שלי _____ קופת-חולים _____

ולראיה באתי על החתום

היום _____ חודש _____ שנה _____ חתימה _____

* אם אושפזתי יותר מפעם אחת, נא לצרף להצהרה זו מסמך נוסף ובו פרטי אשפוזים אלה (שם ביה"ח, מועד האשפוז וסיבותיו).

חלק ב' (מיועד למילוי ע"י הרופא המטפל)*

אני מאשר/ת בזה כי המועמד/ת (להלן "המועמד") _____ ללימודים בבית-הספר האקדמי לסיעוד נצרת, ת.ז. _____ איננו סובל ממחלה מסכנת.

הסבר בדבר מחלה "מסכנת":

מחלה מסכנת לפי תקנות בריאות העם (צוות סיעודי מרפאות) התשמ"א – 1981 ו (עוסקים בסיעוד בבתי-חולים) התשמ"ט 1988, היא אחד מן המצבים המפורשים כדלקמן:

(1) מחלת נפש.

(2) מחלה העשויה לסכן בריאות בני אדם שבטיפולו של מורשה לעסוק בסיעוד.

(3) מחלה או כושר לקוי, העלול לשלול מהמועמד את היכולת לעסוק בסיעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

מצב בריאות כללי: _____

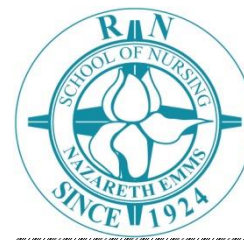
הערות _____

חותמת הרופא המאשר ומספר רשיון

תאריך

חתימת הרופא המאשר

* לפי הנחיות משרד הבריאות מ 14/5/2006: במידה והאישור הרפואי הנו על הנייר הרשמי של קופת-החולים יש לכלול בו את כל הניתונים המופיעים בטופס זה.



נספח ב

תאריך _____

הצהרה על העדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה.

1. אני _____, ת.ז. _____, מצהיר/ה בזאת, כי

הורשעתי / לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל.

במידה והורשעתי, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודיי, זאת לאחר שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א – 1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעות מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שידרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי

מועמדים ללימודים בבתי ספר לסיעוד

מועמד ללימודי סיעוד ולימודי בבית ספר לסיעוד, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, כדלקמן:

לענין הרישום הפלילי:

המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א):
 "זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר ושיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסיעוד."
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11:
 "המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים האמורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסיעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שתנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו."
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6,
 "מסירת מידע לשם פעולה":
 מי שהוסמך על פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רשיון, היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה אם הוא הסכים לכך."
4. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שידרוגו המקצועי.
 למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____