



מדינת ישראל

המלצה לקיצור פז"מ (בהתאם להנחיית נציב מס' 7.1)

א. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שנת לידה	המשרד	היחידה
		ס"ב			
תואר המשרה בתקן	דרגת המשרה בתקן	דרגה נוכחית	דירוג	מיום	ותק
					בשירות המדינה
					ביחידה בה מועסק/ת

ב. הוועדה תתבסס על המקורות והשיקולים הבאים:

1. גיליונות הערכה ומשוב קודמים של העובד/ת בשלוש השנים האחרונות.
2. תיק אישי של העובד/ת לרבות אסמכתאות המעידות על תפקודו של העובד/ת, התנהלותו/ה ונוכחותו/ה בעבודה.
3. מכתב המלצת הממונה הישיר/ה - האחראית לכתיבת המכתב והעברתו לוועדה, היא של הממונה של העובד/ת.
4. על כל מנהל/ת הממונה על עובדים, מוטלת אחריות לשקול בעת מילוי ההמלצה, את האופן בו העובד/ת ממלא את תפקידו/ה, כמו גם מהם ההישגים, כישורים ויכולתו/ה להתקדם בעתיד; במכתבו/ה לוועדה מתבקש/ת הממונה להתייחס, בין היתר, לפרמטרים הבאים:

- רמת מקצועיותו של העובד/ת.
 - מתן שירות מצוין לציבור ו/או ללקוחות הפנימיים של המשרד.
 - גילוי יוזמה, חדשנות ויצירתיות במסגרת תפקידו/ה.
 - סיוע ותרומה משמעותית לתפקוד ו/או לתוצאות עבודת יחידתו/ה.
 - במקרים הרלוונטיים - תרומה לחיסכון במשאבים, מבלי לפגוע ברמת השירות.
 - נוכחות קבועה ורצופה בעבודה, ללא היעדרויות שכיחות ו/או איחורים תכופים.
 - היבטים אחרים/משמעותיים במידה וקיימים.
- ככלל, לגבי עובדים עד דרגה 40 (לא כולל) בדירוג המח"ר ומקבילותיה יינתן קיצור בשיעור המקסימלי. חריג לכלל זה יהיו בעלי הערכות תפקוד ברמה נמוכה ונמוכה מאוד כאמור בסעיף 7 לנוהל. להלן ההמלצה:

התפלגות הערכת העובד/ת	קיצור פז"מ בחודשים	ציון/י את מס' החודשים
עובד/ת שהערכת תפקודו/ה מוגדרת כגבוהה (מוגדר/ת כמצטיין/ת באחת משלוש השנים האחרונות) - ציונים 6-7 בהערכת העובדים	12-9	____ חודשים
עובד/ת שהערכת תפקודו/ה מוגדרת כטובה או כטובה מאוד - ציונים 3-5 בהערכת העובדים	8-3	____ חודשים
עובד/ת שהערכת תפקודו/ה מוגדרת כנמוכה ועד כדי נמוכה מאוד - ציונים 1-2 בהערכת העובדים	2-0	____ חודשים

לא ממליץ/ה לקצר פז"מ

תאריך	שם הממליץ/ה	תואר המשרה	חתימה
-------	-------------	------------	-------

ג. הערות היחידה למשאבי אנוש

סיים/ה קורס/ השתלמות מקצועית בנושא _____ בתאריך _____/____/____

סיים/ה לימודי תעודה _____ בתאריך _____/____/____

תואר שני/שלישי בתאריך _____/____/____

קיבל/ה פרס הצטיינות ברמה _____ בתאריך _____/____/____

שהה/תה בחל"ת מתאריך _____/____/____ עד תאריך _____/____/____

הערות כלליות _____

תאריך	שם הממליץ/ה	תואר המשרה	חתימה
-------	-------------	------------	-------

ד. החלטת הוועדה המשרדית

מאושר קיצור פז"מ של ____ חודשים

לא מאושר קיצור פז"מ

תאריך	חתימת סמנכ"ל/ית בכיר/ה למשא"ן	חתימת מנהל/ת משא"ן	חתימת חבר/ה הוועדה
-------	-------------------------------	--------------------	--------------------