

במסגרת תהליך המיון הנך נדרש/ת במילוי טפסים והגשת אישורים.
לנוחיותך, אוגדו בחוברת זו הטפסים והאישורים שיהיה עליך להמציא.
יש למלא את הטפסים בהתאם להנחיות המפורטות בעמוד הבא ולהגישם במעמד הראיון
עם מנהל היחידה – תאריך יעודכן ע"י רכז/ת הגיוס.

לכל שאלה ניתן לפנות לרכז/ת הגיוס שלך.

תודה על שיתוף הפעולה ובהצלחה בהמשך תהליך המיון.

בברכה,
מחלקת גיוס

להלן דרכי התקשרות:

טלפון רכז/ת גיוס: _____

פקס: _____

אי-מייל: _____

*החוברת נכתבה בלשון זכר אולם הכוונה ללשון זכר ונקבה כאחד.

הנחיות למילוי הטפסים

*יש להקפיד למלא את כלל הטפסים בכתב ברור וקריא – אי מילוי נכון עלול לגרור עיכוב בתהליך!
*טפסים המיועדים לתפקידים ספציפיים יסומנו בראשי תיבות של "מל"ס" (מיועד לתפקיד ספציפי)
ולכן יש למלא רק לאחר הכוונה של רכז הגיוס.

טפסים רפואיים

- 3 1. דוגמא לטופס בדיקת כשירות רפואית של מועמד לתפקיד מוצע בשירות במדינה
- 7 2. בדיקת כשירות רפואית של מועמד לתפקיד מוצע בשירות במדינה –
יש למלא עפ"י הדוגמא המצורפת
- 11 3. סיכום מידע רפואי – מסמך לרופא מטפל – יש לגשת לרופא משפחה ולמסור הפנייה זו
לטובת הנפקת אישור "סיכום מידע רפואי" עפ"י ההנחיות המצורפות.
- 12 4. שאלון רפואי ראשון לאיתור גורמי סיכון – מל"ס. יש למלא ולחתום במקום המיועד
- 13 5. דף מידע למועמד לביצוע בדיקות רפואיות במכון שיב"ת – מל"ס.

טפסים תעסוקתיים

- 14 1. שאלון פרטים אישיים למועמד לצרכי הפקת דוגמת שכר וקליטה – יש לקרוא ולמלא בקפידה.
לסיום לחתום במקום המיועד.
- 20 2. ממליצים לחוות-דעת תעסוקתית – יש למלא פרטי ממליצים לצורך פניה אליהם

טפסי התאמה ביטחונית

- 21 1. שאלון אישי לקביעת התאמה ביטחונית למועמד לתפקיד מסווג – יש למלא בהתאם
לעלון המידע לנבדק בתחילת השאלון
- 39 2. שאלון אישי לבן זוג של מועמד / מועסק בתפקיד מסווג – בן/בת זוג מעל לחצי שנה
נדרש/ת למלא את השאלון

נספחים

- 47 1. מדדי בוחן כושר - מל"ס. טבלה לבחינה עצמאית טרם הגעה לבוחן כושר במתקן
- 48 2. רשימת אסמכתאות – מצ"ב רשימה אסמכתאות שיתכן ותידרש להגיש. יש להמתין
לקבלת הנחיות.

דוגמה!



מדינת ישראל

בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מוצע בשירות המדינה

סודי: לשימוש והחזקה בלעדיים של רופא/ות שירות המדינה
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי"

א. פרטי המשרד והמשרה (חלקים א, ב, ד - למילוי ע"י המשרד)

שם המשרד		שם היחידה	
משרד ראש הממשלה		X	
כתובת היחידה		שם נציג/ת המשרד אלו/ה יש להחזיר את הטופס ומכתבו	
ת.ד. 17146 תל-אביב, 61171		אגף משאבי אנוש / מחלקת פרט	
שם התפקיד		חלקיות המשרה	
עובד מקצועי		מלאה (לעובד תקני)/ע"פ שעות	
השכלול הפנסיוני המוצע לעובד/ת		תאריך התחלת העבודה	
<input type="checkbox"/> פנסיה תקציבית <input checked="" type="checkbox"/> פנסיה צוברת <input type="checkbox"/> אחר, פרט		030918	

איו למלא

יש לסמן את פנסיית

ב. פרטים אישיים של המועמד/ת

שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
ישראלי		ישראל		אברה	
<input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		תאריך עלייה		מספר זהות	
ישראל		123456789		010190	
מקום לידה		שנה		תאריך לידה	
ה' באייר, תל		יום		010190	
מסלול		דואר אלקטרוני		טלפון קוו/נייח	
X		X		X	

במידת הצורך

איו למלא

ג. הצהרת המועמד/ת

- הנני מתחייבת/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלולה להיות צפויה למאסר או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות.
- הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי ביזו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970. ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.
- בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה וביחסי עובד/ת ומעביד/ה בלבד, ובכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותיי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.
- הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

ישראל

01.08.2018

חתימת המועמד/ת	תאריך	המקום
		X

מדין 2240 (8/13) (ט)

איו למלא

דוגמה!

ראית/ת או מי שהוסמך על-ידי/ה מצהיר/ה כי הסבירה/ה למועמד/ת את זכויות/יה וחובות/יה בנושא הבדיקות
 גירות הרפואיות וכי המועמד/ת חתם/ה בפניה/ה על טופס זה.

<input checked="" type="checkbox"/>	ר' מדור משאבי אנוש	שרית כ.	<input checked="" type="checkbox"/>
חתימה	תפקיד	שם החותם/ת	תאריך

איו למלא

איו למלא

ד. אפיון התפקיד המוצע (למילוי ע"י המשרד)

1. מיקום העבודה:

משרד מעבדה כיתת לימוד סדנה אחר, פרט שטח

2. דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד:

עבודה משרדית בישיבה עבודה משרדית בעמידה

עבודה הדורשת הרמה או סחיבת של משא

עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשייתיות

נהיגה מתן הרצאות

עבודה במשמרות עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות

עבודה עם נייזות גבוהה (ממוכן/רגלי) עבודה המכללת קבלת קהל עבודה המכללת טיפול במוגבלים/חולים

אחר, פרט _____

3. מאפייני סיבת העבודה:

רעש אבק/עשן חומרים כימיים חומרים ביולוגיים

עבודה בגבהים עבודה במקום סגור ומוגבל

* סימון X בתחום זה מחייב פירוט נוסף כלהלן:

איו למלא

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ר' מדור משאבי אנוש	שרית כ.
תאריך	חתימה	תואר המשרה	שם ממלא/ת הטופס (נציג/ת המשרד)

איו למלא

איו למלא

ליו על-ידי המועמד/ת לתפקיד

כן יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא/ה המטפלת ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת, להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	משרד
ישראלי	ישראל	123456789	משרד ראש הממשלה

בשאלות הבאות יש לסמן תשובה כחיובית במידה והמצב היה קיים בעבר ו/או עדיין נמשך:

שאלות	כן	לא
1. בעיות נשימה או ריאות-פולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס		
2. שיתוק ילדים		
3. דלקת זיהומית במבד, צהבת, מחלת כבד אחרת		
4. סרטן, גידולים שפירים, ציסטות		
5. סכרת		
6. אנמיה, לוקמיה, הפרעות אחרות בדם		
7. מחלת נפש		
8. הפרעה במערכת עצבים		
9. פירוסים, איבודי מרה		
10. כאבי ראש חזקים או מיגרנה		
11. בעיות לב-פולל מחלות בלידם ומשתמי הלב		
12. כאבי גב תלולים או חבלה בגב		
13. כל בעיה בעצמות, מרקים-פולל דלקת, נקע, שברים, קטועות		
14. כל בעיה בירכיים, מרקים, קרסוליים, רגליים		
15. כל בעיה בידים, מרקים, כתפיים		
16. חבלה בראש		
17. התעלפויות, שהחמורות		
18. פריחות בעור שתוצאה מעבודה		
19. אלרגיות		
20. רגישות לעשן או אלק		
21. לחץ דם גבוה או נמוך		
22. דליות ברגליים		
23. כיב קיבה, כיב תריסרון, בעיה אחרת בעיכול		
24. בקעים (הרניה)		
25. בעיות בכיס מרה		
26. בעיות בבליית ו/או שלפוחית שתן		
27. קוצר נשימה		
28. בעיה בדימוי		
29. שימוש יתר בתרופות, משקאות חריגים, סמים		
30. הרפפת משקביום בעבר/בהווה		
31. הרפפת עיניים מגע בעבר/בהווה		
32. ניתוח/מחלה/חבלה בעין		
33. עיוורון בעין אחת		
34. עיוורון בשתי עיניים/תעודת עיוור		
35. בעיות שמיעה/הרפפת מושור שמיעה		
36. המצאות בתקופת התאוששות מניתוח/הריון		
37. המצאות בהשגחה רפואית קבועה		
38. אישפוז בב"ח בחמש שנים אחרונות		
39. מחלות ניווניות/מחלות ממושכות/אחרות שלא מורטו לעיל		

בסעיף זה יש לענות על כל השאלות במידה והתשובה חיובית, יש צורך בפירוט.

רשימת בדיקות שעל המועמד/ת לצרף:

- לעובדות בריאות-תבחין עור לשחפת
- לנהגים/ות-חדות ראייה ע"י גודם מוסמך
- מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא/ה המטפלת.
- לעובדות הוראה-בדיקת מיתרי קול ע"י רופא א.א.ג.
- מצורפות בדיקות עזר

ישראל
חתימת המועמד/ת

01.08.2018
תאריך

~~המקום~~

אין למלא

אין למלא דף

דוגמה!

אין נוסף (למילוי ע"י רופא/ת שירות המדינה ולפני שיקול דעתו/ה)

תוצאת הבדיקה שנדרשה	הבדיקה שנדרשה

ז. מסקנת רופא/ת שירות המדינה

- כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייבת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למשלול פנסיה תקציבית)
 לא כשירה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

חתימת רופא/ת שירות המדינה

שם רופא/ת שירות המדינה

תאריך

ח. מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)

- כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייבת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשירה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למשלול פנסיה תקציבית)
 לא כשירה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	תאריך	שם רופא/ת היועדה	חתימה
1			
2			
3			



מדינת ישראל

בדיקת כשירות רפואית של מועמד/ת לתפקיד מוצע בשירות המדינה

סודי: לשימוש והחזקה בלעדיים של רופאי/ות שירות המדינה
הטפסים ישלחו ללשכת הבריאות המחוזית במעטפה סגורה ומסומנת "סודי"

א. פרטי המשרד והמשרה (חלקים א, ב, ד - למילוי ע"י המשרד)

שם היחידה		שם המשרד							
		משרד ראש הממשלה							
שם נציג/ת המשרד אליה יש להחזיר את הטופס וכתובתו		כתובת היחידה							
אגף משאבי אנוש / מחלקת פרט		ת.ד. 17146 תל-אביב, 61171							
תאריך התחלת העבודה	חלקיות המשרה	שם התפקיד							
<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום					עובד מקצועי	
שנה	חודש	יום							
המסלול הפנסיוני המוצע לעובד/ת									
<input type="checkbox"/> פנסיה תקציבית <input type="checkbox"/> פנסיה צוברת <input type="checkbox"/> אחר, פרט									

ב. פרטים אישיים של המועמד/ת

שם משפחה		שם פרטי		שם האב							
זכר <input type="checkbox"/>	ארץ לידה	תאריך עלייה	מספר זהות	תאריך לידה							
				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				<table border="1"> <tr> <td>ס"ב</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>
שנה	חודש	יום									
ס"ב											
נקבה <input type="checkbox"/>				<table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				
שנה	חודש	יום									
כתובת		דואר אלקטרוני		טלפון קווי/נייח							

ג. הצהרת המועמד/ת

- הנני מתחייב/ת בזה למסור לרופא/ה שירות המדינה, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים בעבר ובהווה. ברור לי כי מסירת ידיעות בלתי נכונות או העלמת מחלות קודמות וליקויי בריאות משחררים את מדינת ישראל מאחריות כלשהי כלפי וכלפי שאירי, ובעקבותיהן אני עלול/ה להיות צפוי/ה למאסר או לקנס וכן להפסקת עבודתי, ללא פיצויים או הטבות פרישה אחרות.
- הנני מסכים/ה באופן בלתי חוזר שכל אדם או מוסד אשר מצוי בידו מידע ביחס למצבי הרפואי במועד החתימה על כתב ויתור זה, או בתקופה שקדמה לו, ימסור מידע זה - בין בכתב ובין בכל דרך אחרת - לרופא/ה שירות המדינה או לוועדה הרפואית המוסמכים על-פי חוק לבדוק את הכושר הרפואי שלי, לצורך קבלתי או מינויי לשירות, או לצורך ביצועו של חוק שירות המדינה (גמלאות) (נוסח משולב), התש"ל-1970. ידוע לי כי לא ייעשה שימוש בויתור שניתן על-ידי כאמור אלא בידי אדם שחלה עליו על-פי חוק, חובת השמירה על סודיות המידע הרפואי.
- בתנאי שהמדינה ועובדיה יהיו רשאים להשתמש במידע האמור לצרכיה וביחסי עובד/ת ומעביד/ה בלבד, ובכפוף לאמור בסעיף 2 לעיל, ובתנאי שהם יהיו מנועים מלהעבירו או מלגלותו לכל גורם זר - הנני משחרר/ת את מדינת ישראל ועובדיה מחובת הסודיות בדבר מחלותי וליקויי הגופניים והנפשיים, בעבר ובהווה וכל עוד אני משרת/ת בשירות המדינה, וכן לאחר פרישתי משירות זה - אם אפנה למשרדי הממשלה בענייני מצבי הרפואי.
- הנני מצהיר/ה שידוע לי כי אם אפסל לתפקיד המיועד מטעמים רפואיים, תופסק עבודתי ללא צורך בהודעה מוקדמת.

המקום	תאריך	חתימת המועמד/ת

5. האחראית/ת או מי שהוסמך על-ידו/ה מצהיר/ה כי הסביר/ה למועמד/ת את זכויותיו/ה וחובותיו/ה בנושא הבדיקות הכשירות הרפואית וכי המועמד/ת חתם/ה בפניה/ה על טופס זה.

	ר' מדור משאבי אנוש	שרית כ.	
תאריך	תפקיד	שם החותם/ת	חתימה

ד. אפיון התפקיד המוצע (למילוי ע"י המשרד)

1. מיקום העבודה:

משרד מעבדה כיתת לימוד סדנה אחר, פרט _____

2. דרישות גופניות ואופי עבודה מיוחד:

- עבודה משרדית בישיבה עבודה משרדית בעמידה
 עבודה הדורשת הרמה או סחיבת של משא*
 עבודה הדורשת הפעלת מכונות תעשיתיות
 נהיגה מתן הרצאות
 עבודה במשמרות עבודה המחייבת שעות נוספות מרובות
 עבודה עם נייודות גבוהה (ממוכן/רגלי) עבודה הכוללת קבלת קהל עבודה הכוללת טיפול במוגבלים/חולים
 אחר, פרט _____

3. מאפייני סביבת העבודה:

- רעש* אבק/עשן* חומרים כימיים* חומרים ביולוגיים*
 עבודה בגבהים* עבודה במקום סגור ומוגבל*

* סימון X בתחום זה מחייב פירוט נוסף כלהלן:

	ר' מדור משאבי אנוש	שרית כ.	
תאריך	חתימה	שם ממלא/ת הטופס (נציג/ת המשרד)	תואר המשרה

ה. שאלון רפואי (למילוי על-ידי המועמד/ת לתפקיד)

בגמר מילוי השאלון יש לצרף אליו "סיכום מידע רפואי" מהרופא/ה המטפל/ת ובדיקות עזר (אם נדרשות), להכניס את החומר למעטפה המצורפת, להדביק את לשונית המעטפה ולהעבירה למשרד השולח.

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	משרד
		ס"ב	משרד ראש הממשלה

בשאלות הבאות יש לסמן תשובה כחיובית במידה והמצב היה קיים בעבר ו/או עדיין נמשך:

שאלות	לא	כן	במידה והתשובה חיובית, נא לפרט תאריכים ותיאור ההפרעות, הליקויים והמחלות
1. בעיות נשימה או ריאות-כולל שחפת, אסטמה וברונכיטיס			
2. שיתוק ילדים			
3. דלקת זיהומית בכבד, צהבת, מחלת כבד אחרת			
4. סרטן, גידולים שפירים, ציסטות			
5. סכרת			
6. אנמיה, לויקמיה, הפרעות אחרות בדם			
7. מחלת נפש			
8. הפרעה במערכת עצבים			
9. פירכוסים, איבודי הכרה			
10. כאבי ראש חזקים או מיגרנה			
11. בעיות לב-כולל מחלות כלי דם ומסתמי הלב			
12. כאבי גב תכופים או חבלה בגב			
13. כל בעיה בעצמות, פרקים-כולל דלקת, נקע, שברים, קטיעות			
14. כל בעיה בירכיים, ברכיים, קרסוליים, רגליים			
15. כל בעיה בידיים, מרפקים, כתפיים			
16. חבלה בראש			
17. התעלפויות, סחרחורות			
18. פריחות בעור כתוצאה מעבודה			
19. אלרגיות			
20. רגישות לעשן או אבק			
21. לחץ דם גבוה או נמוך			
22. דליות ברגליים			
23. כיב קיבה, כיב תריסריון, בעיה אחרת בעיכול			
24. בקעים (הרניה)			
25. בעיות בכיס מרה			
26. בעיות בכליות ו/או שלפוחית שתן			
27. קוצר נשימה			
28. בעיה בדיבור			
29. שימוש יתר בתרופות, משקאות חריפים, סמים			
30. הרכבת משקפיים בעבר/בהווה			
31. הרכבת עדשות מגע בעבר/בהווה			
32. ניתוח/מחלה/חבלה בעין			
33. עיוורון בעין אחת			
34. עיוורון בשתי עיניים/תעודת עיוור			
35. בעיית שמיעה/הרכבת מכשיר שמיעה			
36. המצאות בתקופת התאוששות מניתוח/הריון			
37. המצאות בהשגחה רפואית קבועה			
38. אישפוז בב"ח בחמש שנים אחרונות			
39. מחלות ניווניות/מחלות ממושכות/אחרות שלא פורטו לעיל			

רשימת בדיקות שעל המועמד/ת לצרף:

- לעובדי/ות בריאות-תבחין עור לשחפת
- לנהגים/ות-חדות ראייה ע"י גורם מוסמך
- לעובדי/ות הוראה-בדיקת מיתרי קול ע"י רופא א.א.ג.
- מצורף "סיכום מידע רפואי" מטעם הרופא/ה המטפל/ת
- מצורפות בדיקות עזר

המקום _____ תאריך _____ חתימת המועמד/ת _____

ו. מידע רפואי נוסף (למילוי ע"י רופא/ת שירות המדינה ולפי שיקול דעתו/ה)

תוצאת הבדיקה שנדרשה	הבדיקה שנדרשה

ז. מסקנת רופא/ת שירות המדינה

- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייבת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
 לא כשיר/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

חתימת רופא/ת שירות המדינה

שם רופא/ת שירות המדינה

תאריך

ח. מסקנת ועדת ערר (אם הוגש ערעור)

- כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה ובכל משרה מסוג המשרה הנדונה
 כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בלבד
 חייבת בבדיקה רפואית נוספת כעבור _____
 כשיר/ה מבחינה רפואית לשרת במשרה הנדונה בהגבלת זכויות לגמלאות (למסלול פנסיה תקציבית)
 לא כשיר/ה

מס' סודר	שיעור הגבלה	סעיף ליקוי
1		
2		
3		
4		

מס' סודר	תאריך	שם רופא/ת הוועדה	חתימה
1			
2			
3			



מדינת ישראל

משרד ראש הממשלה

ת"ד 17146

תל-אביב 61177

פקס: 03-7453866

טלפון: 03-6468828

אגף משאבי אנוש

מחלקת פרט

תאריך: _____

לכבוד

הרופא המטפל

הנדון: _____ ת.ז. _____

1. הנדון בתהליך מיון למשרדנו.
2. הנדון נדרש להעביר סיכום מידע רפואי **המיועד לרופא היחידה** ובו הפרטים הבאים:
 - 1) מצבי תחלואה קיימים (כולל טיפול רפואי ומגבלות רפואיות).
 - 2) מחלות עבר (כולל אשפוזים, ניתוחים וכו').
 - 3) תולדות משפחה רפואיים.
 - 4) הרגלים.
 - 5) כל מידע נוסף שיכול לתת תמונת רקע אודות מצבו הבריאותי של הנבדק.

בברכה,

מחלקת פרט

שאלון רפואי ראשון לאיתור גורמי סיכון למועמדים לתפקידי אבטחה ומבצעים

שם המועמד: _____ ת.ז. _____

1. האם חלית לאחרונה במחלה שגרמה לך תשישות יוצאת-דופן? לא / כן
2. האם עברת ניתוח לתיקון הראייה? לא / כן
3. האם סבלת מהיפרדות הרשתית (בעין)? לא / כן
4. האם, אי-פעם, סבלת מפגיעה אורטופדית משמעותית:
- 4.1 פריקת כתף, תת-פריקה, חבלה, חבישה או כל פגיעה בכתף? לא / כן
- נא פרט: _____
- 4.2 קרע ברצועות הברך? לא / כן
- 4.3 נקע או שבר בקרסול? לא / כן
5. האם אתה סובל מירידה בשמיעה או טינטון (צלצולים באוזניים) עקב פגיעה מרעש או מסיבה אחרת? נא פרט: _____ לא / כן
- האם עברת בדיקת שמיעה (אדיומטרית) עקב כך? לא / כן
6. האם סבלת מכאבי-גב בגינם היית מרותק למיטה ימים אחדים? לא / כן
7. האם ידוע לך על בעיה אורטופדית אחרת שעלולה להחמיר במאמץ? לא / כן
8. האם אתה סובל מבקע או מבעיה דומה המפריעים לך במאמץ? לא / כן
- במקרה של תשובה חיובית לאחת השאלות, נא פרט:

תאריך: _____ שם: _____ שם משפחה: _____ חתימה _____



מדינת ישראל

משרד ראש הממשלה

דף מידע למועמד לביצוע בדיקות רפואיות במכון שיב"ת תל השומר

התייצבות והזדהות:

1. רכז הגיוס יעדכן אותך במועד ובשעת הבדיקה שתואמה עבורך.
2. יש להזדהות בת.ז. בלבד! אין לציין כי הנך מועמד למשרד ראש הממשלה / משרד הביטחון.
3. יש להביא עמך בגדי ונעלי ספורט, משקפי שמש וקייס לעדשות ראייה במידת הצורך.

הנחיות הגעה:

1. הגעה רגלית/תחבורה ציבורית: הכניסה למכון - מקניון הצומת, קומה 4 עפ"י השילוט: שיב"ת-משהב"ט (מסדרון לכיוון דרום).
2. הגעה ברכב: מהכניסה הראשית של בית החולים, יש לפנות שמאלה בכיכר הראשונה (ליד תחנת הדלק) ולחנות בחניון המרכזי. הכניסה למכון - מקניון הצומת, קומה 4 עפ"י השילוט: שיב"ת-משהב"ט (מסדרון לכיוון דרום).
3. תו חנייה: יש להוציא כרטיס כמקובל בחניונים, להציג אותו במכון שיב"ת ויתקבל תמורתו כרטיס חנייה ללא תשלום בעת היציאה מהחניון. אין צורך להפעיל אפליקציות חנייה.

מהלך הבדיקה:

1. עם ההגעה לבדיקה יש להזדהות מול נציגי שיב"ת באמצעות תעודת זהות בלבד.
2. משך יום הבדיקה בממוצע הינו כ-4 שעות.
3. סט הבדיקות שתעבור כולל: בדיקת ארגומטריה, רופא ספורט, בדיקת ראייה ושמיעה.
4. במידה ויהיה צורך בהשלמת בדיקות נוספות, יעשה כל מאמץ לבצען ביום הבדיקה, אולם יתכן שיהיה צורך להגעה למכון ליום נוסף.
5. במכון מוגשת ארוחת בוקר, ועומדים לרשותך תאי אחסון לחפציך האישיים ואפשרות לשימוש במקלחות.
6. ניתן לקבל את תוצאות הבדיקה במס' דרכים: בסיום הבדיקה קבלת העתק פיזי, דרך אפליקציית שיב"ת או ישיר או בדואר לכתובת ביתך.

בהצלחה, מחלקת גיוס

שאלון פרטים אישיים למועמד לצרכי הפקת דוגמת שכר וקליטה

מועמד יקר,

לצורך קביעת נתוני קליטתך למשרדינו (בכפוף להשלמת הליך גיוסך בהצלחה על פי קביעתו הבלעדית של המשרד) והכנת דוגמת שכר (שתוצג לך בהמשך תהליך המיון בהתאם לתפקיד המיועד), **הנך מתבקש למלא שאלון זה בקפידה רבה.** כל זאת משום שמסמך זה מהווה את הבסיס לקביעת השכר לו תהיה זכאי במידה שתקלט למשרדנו, הכל בהתאם ובכפוף לכללים הנהוגים במשרדנו.

*המסמך נכתב בלשון זכר אולם הכוונה ללשון זכר ונקבה כאחד.

פרטים אישיים

*בסמוך למועד הקליטה (בכפוף להשלמת הליך גיוסך בהצלחה כאמור) תידרש להגיש צילום ת.ז + ספח

שם משפחה:	שם משפחה קודם:	שם פרטי	שם פרטי נוסף:	מספר ת"ז:
מין: זכר / נקבה	שם האב:	תאריך לידה:	ארץ לידה:	תאריך עליה לארץ:
אזרחות:	אזרחות נוספת:	מצב משפחתי: רווק / נשוי / אלמן / גרוש / ידב"צ		האם הועסקת בעבר במשרדנו: כן / לא

כתובות:

כתובת מגורים -

עיר/ יישוב:	רחוב:	מספר בית:	מספר דירה:	ת.ד:	מיקוד:	מתאריך:
-------------	-------	-----------	------------	------	--------	---------

האם זוהי כתובת מגורייך בשנתיים האחרונות? כן / לא

כתובת משלוח דואר -

עיר/ יישוב:	רחוב:	מספר בית:	מספר דירה:	ת.ד:	מיקוד:
-------------	-------	-----------	------------	------	--------

טלפונים:

טלפון נייד:	טלפון בבית:
-------------	-------------

פרטים על בת/ בן זוג - נשוי או ידוע בציבור בלבד!

שם פרטי:	שם משפחה לפני הנישואין:	מספר ת"ז
תאריך נישואין:	ארץ לידה:	תאריך עליה:
תאריך לידה:	מקום עבודה:	

פרטים על ילדים

שם הילד/ה	מין	תאריך לידה	ארץ לידה	מספר ת"ז
	זכר / נקבה			
	זכר / נקבה			
	זכר / נקבה			
	זכר / נקבה			
	זכר / נקבה			

פרטי ילדים בגן:

יש לציין מס' ילדים עד גיל טרום חובה המשולבים בגן ילדים / משפחתון/ מטפלת _____.

קרובי משפחה מועסקים בשירות:

יחס קרבה	שם פרטי	שם משפחה	מספר עובד	מספר ת"ז

*במשרד חלות מגבלות על העסקת וקליטת קרובי משפחה בהתאם לחוק. במסגרת תהליך המיון תיבחן קרבת המשפחה עליה דווח בהתאם למגבלות אלה.

פרטי איש קשר בזמן חירום:

שם מלא:	סוג קרבה:
טלפון נייד:	כתובת מגורים:
כתובת מקום עבודה:	

פרטי חשבון בנק: (למילוי במעמד הקליטה)

שם הבנק:	מספר סניף:
מספר חשבון:	כתובת הבנק:

ידע בשפות (למעט עברית ואנגלית):

דיבור	כתיבה	קריאה	השפה	אנא ציין/צייני את מידת השליטה שלך בשפה, בדרגות מ-0 עד-9. (0- לא יודע, 5- בינוני, 9-יודע טוב מאוד)

פרטים על שירות חובה בצה"ל:

יחידה צבאית אחרונה:	חייל:	דרגה בשחרור:	מספר אישי:	שירות: <input type="checkbox"/> צהלי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> ללא שירות
			פרופיל צבאי:	
תאריך גיוס: תאריך שחרור (משירות חובה):		האם היית קצין? כן / לא	שם יחידת המילואים:	תפקיד:

** יש להגיש "אישור על מהלך שירות צבאי" הניתן להשגה דרך אתר "אישורים" של צה"ל.

הכשרות וקורסים:

פרט על הכשרות וקורסים רלוונטיים לתפקיד המיועד (באם יש) מכל מקום שהוא לרבות קורס קצינים.

שם הקורס/ הכשרה	שם המוסד בו נערך הקורס/ הכשרה	מספר שעות הלימוד	משך לימודים	תעודה	הערות

גמול השתלמות: לא זכאי זכאי: גמול א' / גמול ב' (יש לצרף תלוש שכר)

רכב בבעלותך: האם בבעלותך רכב אשר רשום על שמך או שם ב"ז? כן בבעלות ב"ז ללא

פרטים על השכלה/לימודים:

סוג	שם המוסד	מקצועות לימוד	סוג תעודה	תאריך התחלה (לפחות חודש ושנה)	תאריך סיום / תאריך סיום משוער (לפחות חודש ושנה)
תיכונית			<input type="checkbox"/> תעודת בגרות מלאה <input type="checkbox"/> תעודת בגרות חלקית		
מקצועית (לימודי תעודה)					
תואר אקדמי					
תואר אקדמי					
תואר אקדמי					

*במידה והנך בעל זכאות לתואר אקדמי - אין צורך למלא השכלה תיכונית.

*בסמוך למועד הקליטה (בכפוף להשלמת הליך גיוסך בהצלחה כאמור) תידרש להגיש אישור זכאות לתואר/ללימודי תעודה.

ניסיון תעסוקתי:

חלק זה בשאלון הינו לצורך קביעת נתוני שכרך כולל חישוב ותקים ועל כן הינו משמעותי במיוחד.

עליך לציין באופן מלא ומפורט את כל מקומות העבודה בהם הועסקת במהלך חיך - מעל גיל 18, מעל 1/3 משרה ולא חופף לשירות חובה.

להלן מספר דגשים חשובים:

1. **עבודה קודמת במשרדינו** - יש לציין את תקופות אלו בטבלה זו.
2. **שירות צה"ל קבע** - יש לציין תקופות אלו ללא תקופת שירות חובה, יש לציין באם היית בתפקיד לוחם, יש לציין האם לאור המעבר למשרדנו עליך להחזיר לצה"ל "מענק שימור/ התחייבות", יש לציין תקופות חל"ת.
3. **שירות מילואים בדרג מ"פ ומעלה** - כן / לא - **במידה וסימנת כן, יש לפרט תקופות אלו בטבלה מטה.**
 במידה ושרתת במילואים בתפקיד מ"פ ומעלה, מעל ל-15 ימי מילואים לפחות בשנה יש לפרט תקופות אלו.
4. **עבודה בשירות המדינה** - יש לציין באיזה מעמד הועסקת והאם בוטחת בפנסיה תקציבית או פנסיה צוברת. במידה והועסקת בשירותי המדינה מגיל 15 יש להצהיר על כך.
5. **צירוף תלוש שכר** - במידה והועסקת בשירות המדינה או בכוחות הביטחון יש לצרף תלוש שכר אחרון.

6. להלן טבלת הצהרה על מקומות העבודה:

שם מקום העבודה (במידה והועסקת מטעם חברה יש לציין את הגוף לו ניתנו שירותים)	התפקיד יש לציין פירוט מרבי של העיסוק (במידה וניהלת עובדים יש לציין תקופה וכמה עובדים)	תאריך מדויק של תחילת העבודה (לפחות חודש ושנה)	תאריך מדויק של סיום העבודה (לפחות חודש ושנה)	היקף המשרה (אחוזי חלקיות/ היקף שעות חודשי)	פיצויים/ גמלאי
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא
					פיצויים - כן/ לא גמלאי - כן/לא

** בסמוך למועד הקליטה (בכפוף להשלמת הליך גיוסך בהצלחה כאמור) תידרש להגיש אישורי העסקה על מקומות העבודה שיוזכרו לטובת תוספת ותק לשכר

הרשאה לצפייה בתלוש שכר

אני הח"מ מאשר / לא מאשר (סמן בעיגול) צפייה בתלוש השכר שלי, לצרכי בקרה, לגורמי משאבי האנוש אשר נדרשים לכך במסגרת תפקידם בהתאם לרשימת התפקידים אשר תאושר מעת לעת על ידי רג"ף מש"א ורמ"ט כספים.
ידוע לי כי חתימה על כתב הרשאה זה, תעמוד בתוקפה עד לביטולה על ידי הח"מ באמצעות חתימה על טופס "הרשאה לצפייה בתלוש שכר" חדש.

הצהרה בתהליך הגיוס:

הנני מצהיר, כי כל המידע, הנתונים והפרטים שמסרתי במסגרת טופס זה הם מלאים, נכונים ומדויקים.
הנני מתחייב לשתף פעולה עם השירות ולמסור את כל המידע, הנתונים, הפרטים, האסמכתאות והאישורים הנוספים שיידרשו לצורך קביעת ואישור תנאי העסקתי, אם וככל שאקלט למשרד בתום הליך הגיוס, על פי שיקול דעתו הבלעדי של המשרד.
ידוע לי כי כל דוגמת שכר שתוצג לי בהמשך תהליך הגיוס הינה בגדר הערכה בלבד וכי תנאי העסקתי המחייבים כפופים לאישור המשרד ו/או נציבות שירות המדינה וכי המשרד אינו יכול להתחייב מראש להעניקם.

שם מלא _____ ת"ז _____ חתימה _____ תאריך _____

אימות הצהרה במעמד מפגש HR (בכפוף להשלמת הליך גיוסך בהצלחה כאמור):

אני מצהיר/ה בזה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הם מלאים, נכונים ומדויקים:

שם מלא _____ ת"ז _____ חתימה _____ תאריך _____



משרד ראש הממשלה

שם המועמד:

מספר תעודת זהות:

ממליצים לחוות-דעת תעסוקתית

מועמד נכבד,

אנא ציין בטופס שמות של שני ממליצים, היכולים לחוות עליך דעה בהיבט התעסוקתי. אנשים אלו צריכים להכיר אותך היטב בסביבת העבודה.

	שם פרטי
	שם משפחה
	מספר ת"ז
	כתובת מגורים
	מספר טלפון
	מספר טלפון נייד
	תפקיד
	רקע ההיכרות
	משך ההיכרות
	רמת ההיכרות
	רצף ההיכרות

	שם פרטי
	שם משפחה
	מספר ת"ז
	כתובת מגורים
	מספר טלפון
	מספר טלפון נייד
	תפקיד
	רקע ההיכרות
	משך ההיכרות
	רמת ההיכרות
	רצף ההיכרות



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

מסמך זה מיועד לנשים ולגברים כאחד

בדיקת התאמה ביטחונית - עלון מידע לנבדק

כללי

אתה משמש או מיועד לשמש בתפקיד המחייב סיווג ביטחוני. מכח סעיף 7(ב)(3) וסעיף 15 לחוק שירות הביטחון הכללי, התשס"ב-2002 (להלן: **החוק**) התקנות והכללים שמכוחו, שירות הביטחון הכללי הוא הגורם המוסמך במדינת ישראל לקבוע התאמה ביטחונית של אדם לתפקיד או למשרה שסווגו בסיווג ביטחוני. בדיקת ההתאמה הביטחונית מתבצעת לקראת שירות צבאי ובמהלכו (כולל שירות מילואים), לפני קבלה לתפקיד ו/או משרה מסווגים, לפני מעבר לתפקיד ו/או משרה בעלי סיווג ביטחוני גבוה יותר וכן, במסגרת בדיקות ביטחון חוזרות כל עוד הנך מוצב בתפקיד מסווג.

תכלית הבדיקה

תכלית בדיקת ההתאמה הביטחונית היא להבטיח שבתפקידים ובמשרות שהוגדרו כמסווגים, יועסקו אנשים המתאימים ביטחונית וזאת על מנת להגן על סודות המדינה, אישים ומתקנים מאובטחים.

מי מבצע את הבדיקה

בדיקת ההתאמה הביטחונית מונחת ו/או מבוצעת על-ידי שירות הביטחון הכללי. אולם, חלקים מסוימים של הבדיקה, כמו התחקור הביטחוני (ראיון) והליכים נוספים יבוצעו לרוב על-ידי הגוף אליו אתה מועמד או מועסק בו. פעולות אלו ייעשו בכפוף ובהתאם להנחיות שרות הביטחון הכללי.

הליכי בדיקת ההתאמה הביטחונית

הליך בדיקת ההתאמה הביטחונית עשוי לכלול מרכיבים שונים, כגון: מילוי שאלונים, תחקור ביטחוני, בדיקה רפואית, אבחון פסיכולוגי, בדיקות מהימנות, בדיקות פוליגרף, עיון במאגרי מידע של גופים ציבוריים ופעולות נוספות, דוגמת פנייה לאנשים המכירים אותך מהעבר ו/או בהווה. עם זאת, מרכיבי בדיקת ההתאמה הביטחונית משתנים מבדיקה לבדיקה בהתאם לצורך ולשיקול דעתם של בודקי ההתאמה הביטחונית. בנוסף, יתכן כי במסגרת הליך בדיקת ההתאמה הביטחונית שלך, בני משפחתך מדרגה ראשונה יידרשו לעבור בעצמם בדיקות שונות, לרבות תחקור ביטחוני ובדיקות פוליגרף לצורך קביעת התאמתך הביטחונית. במסגרת הליך ההתאמה הביטחונית תידרש לחתום על הצהרות שונות, בהן ויתור על סודיות מידע וסודיות רפואית. חתימה על הצהרות והתחייבויות אלו הן תנאי לביצוע הליך ההתאמה הביטחונית, והן תעמודנה בתוקף ממועד חתימתך ולכל אורך התקופה בה תשמש בתפקיד מסווג, לרבות בשירות המילואים.

אמינות הנבדק

אמינותך בהליך ההתאמה הביטחונית היא בעלת חשיבות מכרעת. דברי שקר, הסתרת מידע ואף אי-דיוקים משמעותיים, עלולים להביא לקביעת אי התאמתך הביטחונית לתפקיד ו/או למשרה מסווגים אליהם הנך מועמד או מועסק.

שיתוף פעולה בהליך ההתאמה הביטחונית

ביצוע בדיקת ההתאמה הביטחונית וסיומה בזמן סביר תלויים רבות במידת שיתוף הפעולה מצדך. סירוב לעמוד בכל הכרוך בשלבי הבדיקה השונים, עשוי להביא להפסקת בדיקת ההתאמה הביטחונית ואף להביא להחלטה בדבר אי התאמתך הביטחונית, על רקע זה.

שמירת פרטיות

ככלל, מידע הנמסר בהליכי ההתאמה הביטחונית ישמש לתכלית זו בלבד. בדיקת ההתאמה הביטחונית מתבצעת תוך הקפדה על כך שהפגיעה בפרטיותו של הנבדק, תהיה במידה הנחוצה באופן סביר ושאינה עולה על הנדרש לצורך קביעת ההתאמה הביטחונית.

מסמך זה מיועד לנשים ולגברים כאחד

אולם, במקרים מסוימים, ייתכן שמידע שתמסור בהליכי הבדיקה ויימצא לגביו כי הוא רלוונטי וחיוני לגורמי הגיוס או התעסוקה בתפקיד אליו הנך מועמד ו/או מועסק, יועבר לגורמים אלו בהתאם לשיקול דעת שירות הביטחון הכללי.

כמו-כן, ככל שאתה מחזיק בהכשר ביטחוני לגופים אחרים, לרבות בשירות המילואים, ייתכן שמידע חיוני ורלוונטי שיעלה בבדיקתך הנוכחית יועבר לגורמים המופקדים על כוח האדם בגופים אלה.

בנוסף לאמור, ייתכן שמידע המצביע על חשד לביצוע עבירות משמעת חמורות או עבירות פליליות חמורות, שיעלה במסגרת בדיקת התאמתך הביטחונית, יועבר לגורמי המשמעת במקום העבודה ו/או לגורמי האכיפה, מקום בו יימצא כי קיים אינטרס ציבורי המחייב העברת המידע.

אי התאמה ביטחונית

ככל שיימצא שאינך מתאים ביטחונית לתפקיד או למשרה אליה הנך מועמד ו/או מועסק, תקבל על כך הודעה מנומקת בכתב. קביעה זו תעמוד בתוקפה לכל היותר לפרק זמן של חמש שנים.

החלטה בדבר אי התאמה ביטחונית לתפקיד אליו הנך מועמד ו/או מועסק עלולה להשליך גם על סיווג ביטחוני במקומות אחרים.

השגה על החלטה בדבר אי התאמה ביטחונית

נבדק הרואה עצמו נפגע מהחלטה בדבר אי התאמתו הביטחונית למשרה ו/או לתפקיד שסווגו בסיווג ביטחוני, רשאי להשיג על ההחלטה, תוך פרק הזמן הקבוע לכך בחוק.

דרך הגשת ההשגה מפורטת בתקנות שירות הביטחון הכללי (הודעה למעביד בדבר דרישות סיווג בטחוני לעובדיו, הודעה לאדם בדבר אי התאמה ביטחונית וועדת השגה על קביעת אי התאמה ביטחונית) התשס"ג-2003.

הגשת תלונה על חריגות שנתקיימו בהליך ההתאמה הביטחונית

אם הנך סבור, כי בתהליך הבדיקה שנערכה לך טופלת באופן שאינו עולה בקנה אחד עם האמור לעיל, תוכל למסור את תלונתך למבקר שירות הביטחון הכללי.

(מספר פקס 03-7453830 כתובת: תלונות הציבור ת.ד. 17539 תא 61172)

הנני מאשר שקראתי את העלון והבנתי את תוכנו

שם פרטי ומשפחה: _____ מס' זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

	מס' זהות
--	----------



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

שאלון אישי לבדיקת התאמה ביטחונית למועמד לתפקיד מסווג

תשומת לב:

1. בכל סעיף יש להתייחס לנושא המבוקש בעבר ובהווה.
2. יש למלא את השאלון בעט.
3. יש להקפיד על מילוי כל הסעיפים בשאלון באופן מלא ומדויק.
4. אין לציין בשאלון מידע מסווג.

מין: זכר נקבה

שם משפחה			
	האם שונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	בלועזית:	בעברית:
שם משפחה קודם	שנת השינוי:	בלועזית:	בעברית:
סיבות השינוי:			

שם פרטי			
	האם שונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	בלועזית:	בעברית:
שם פרטי נוסף	שנת השינוי:	בלועזית:	בעברית:
שם פרטי קודם	שנת השינוי:	בלועזית:	בעברית:
סיבות השינוי:			
כינוי:			

פרטי התקשרות			
מס' טלפון נייד	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נוסף

מס' אישי בצה"ל:	מס' זהות קודם/נוסף:
-----------------	---------------------

עיר הלידה:	ארץ הלידה: ישראל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם לא, ציין:		
תאריך עליה:	מסלול העליה (אמצעות+זמן השהייה):		

פרטים אישיים			
מעמד משפחתי:	רווק/רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> חד-הורי <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	מס' ילדים <input type="checkbox"/>	
דת:	האם שונתה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם שונתה: דת קודמת:	שנת השינוי:	
			סיבת השינוי:

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

7. כתובת דואר אלקטרוני (לרבות כתובות לא פעילות)			
פעיל	עבודה	פעיל	פרטי
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>		לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	

8. רשתות חברתיות, בלוגים, אתר אישי באינטרנט (לרבות לא פעילים)			
פעיל	כתובת האתר/בלוג	שם/כינוי המשתמש	שם אתר/רשת/בלוג
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			
לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>			

9. האם עברת אי פעם תחקיר ביטחוני? לא כן אם כן, פרט: _____

10. האם נבדקת אי פעם בפוליגרף? לא כן אם כן, פרט: _____

11. מעמד אזרחי בישראל: אזרח תושב קבע תושב ארעי תייר אחר: _____

12. סיבת זכאות לאזרחות ישראלית: לידה חוק השבות איחוד משפחות אחר: _____ מתאריך: _____

13. האם ברשותך דרכון ישראלי? לא כן אם קיים: מס' הדרכון: _____

האם אבד/נגנב אי פעם? לא כן תקף לא תקף

14. האם אתה מחזיק באזרחות נוספת: לא כן אם כן, מדינה: _____ שנת קבלה: _____

האם ברשותך דרכון זר? לא כן אם כן, תקף לא תקף מספרו: _____

מעבר לכך, האם אתה זכאי לאזרחות נוספת? לא כן אם זכאי, האם התחלת בתהליך? _____

בקשה לאזרחות נוספת לא כן לאיזו מדינה _____ סיבת הזכאות: _____ מקום לידה אזרחות הורה אחר: _____

מס' זהות	שם המועמד/ת
----------	-------------

15. האם הגשת בקשת הגירה? לא כן אם כן, שם המדינה: _____ שנת הבקשה: _____
 מקום וסיבת הבקשה: _____

16. האם ברשותך אשרות שהייה למדינות נוספות שאינן למטרות תיירות? לא כן אם כן, שם המדינה: _____
 סיבות לבקשה: עבודה שהייה לימודים אחר _____ מקום הפנייה: _____ מועד הפנייה: _____

17. כתובת מגורים בארץ ובחו"ל: הנך מתבקש לרשום את כל הכתובות בהן התגוררת ב-10 שנים האחרונות. סמן לציון דירות בבעלותך ו לציון דירות שכורות. פרטי שותפים יש למלא בטבלה 17.א.

הערות	מדינה	עיר/ישוב	שכונה/רובע	רחוב	מס' בית	משנה עד שנה
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						
<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש						

17.א. יש למלא פרטי שותפים למגורים (שם מלא, כתובת, טלפון) בארץ ובחו"ל ב-5 השנים האחרונות (יש לציון שותפים עימם קיים קשר בלבד)

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

18. השכלה: עד 14 שנות לימוד תואר ראשון/שני תואר שלישי ומעלה

הנך מתבקש לרשום את כל המסגרות בהן למדת, ובכלל זה גם כאלה בהן למדת זמן קצר בלבד.
*נבדק מעל גיל 20 לא נדרש למלא פרטי חט' ביניים.

מסגרת הלימוד	שם ביה"ס/ המוסד	יישוב	שנות הלימוד משנה עד שנה	מגמה/מקצוע	תעודה/תואר (אם לא השלמת לימודיך, הסבר)
חט' ביניים*					
לימודים תכנוניים					
לימודים על תכנוניים					
לימודים אקדמאיים					

18.א. פרטי מורה/מחנך אחרון (לנבדק מתחת לגיל 20).

שם:	משך ההכרות:	כתובת:	טלפון:
-----	-------------	--------	--------

19. שירות: צבאי לאומי לא

תאריך תחילה: _____ תאריך סיום: _____ שירות צבאי הינו נושא מסווג. לאור האמור, נא הבא עימך לתחקיר רשימה של היחידות בהן שירתת, התפקידים שמילאת ותאריכי השירות בכל אחד מהם.

19.א. פרטי ממונה/מפקד ישיר אחרון שם: _____ משך ההכרות: _____

תפקיד: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

20. מקומות עבודה: הנך מתבקש לרשום את כל המסגרות בהן עבדת (ובכלל זה עבודות זמניות וקצרות) ב-10 השנים האחרונות. במידה ועבדת/עובד במקומות עבודה מסווגים, אין לפרט בשאלון תפקידים אלו ופרטי ממונה/ים. בתחקיר תדרש לפרט ולהרחיב מידע בנושא.

שם מקום העבודה	משך העסקה משנה עד שנה או מס' חודשים	תפקיד	סיבת סיום העסקה	פרטי הממונה הישיר
נוכחי/אחרון				שם: _____ תפקיד: _____
				משך ההכרות: _____ טלפון: _____
				מקום עבודה נוכחי: _____
				מאשר לפנות למעסיקך הנוכחי לקבלת חוות-דעת
				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
				שם: _____ תפקיד: _____
				משך ההכרות: _____ טלפון: _____
				מקום עבודה נוכחי: _____
				שם: _____ תפקיד: _____
				משך ההכרות: _____ טלפון: _____
				מקום עבודה נוכחי: _____
				שם: _____ תפקיד: _____
				משך ההכרות: _____ טלפון: _____
				מקום עבודה נוכחי: _____
				שם: _____ תפקיד: _____
				משך ההכרות: _____ טלפון: _____
				מקום עבודה נוכחי: _____

אם אינך עובד כיום, ציין משך התקופה והסיבות:

21. האם ביקרת בחו"ל? (כל שהייה מחוץ למדינת ישראל ב-10 השנים האחרונות) לא כן

נא ציין מדינות בהן בקרת למטרת תיירות בחמש שנים האחרונות.

מדינה	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה

ביקורים בחו"ל שאינם למטרות תיירות (עבודה, לימודים, טיפולים רפואיים וכו') בעשר השנים האחרונות:

מדינה	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה
_____	מטרה

ציין אירועים לא שיגרתיים שאירעו לך במהלך שהותך בחו"ל:

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

22. האם במהלך שהותך בחו"ל היו לך מגעים עם שלטונות מקומיים (לרבות צבא, מכס, משטרה, ביטחון, מודיעין, רשויות הגירה) או שגרירויות זרות? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה. אם כן, פרט: שם גורם, שנה, מקום, מהות המגע/הקשר

23. האם היו לך קשרים משמעותיים ו/או מתמשכים עם גורמים לא ישראלים בארץ או בחו"ל לרבות משפחה/חברים/עבודה/דיפלומטים וכו' (ובכלל זה באינטרנט)? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, נא פרט: בעבר/בהווה, בארץ או בחו"ל, באינטרנט, פרטי הגורם הזר (שם, גיל, עיסוק, טלפון, דוא"ל, ארץ מוצא), מהות הקשר ותדירותו

24. האם יש או היו לך קשרים (לרבות קשר באינטרנט) עם גופי ביטחון לא ישראלים בארץ ובחו"ל? לא אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

במידה והיו לך קשרים, תדרש לפרט במהלך התחקיר על פי הפירוט הבא: שם הגוף, מדינה, תקופת הקשר, תדירות, נסיבותיו, קשר עבודה/שת"פ, הגורם עימו אתה בקשר (שם, כתובת, טלפון, מייל, תפקיד).

25. האם נקלעת לקשיים כלכליים משמעותיים לרבות חקירת מס, תהליכי הוצאה לפועל, כינוס נכסים, חשבונות מוגבלים, הלוואות "שוק אפור" וכו'? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: שנה, מהות האירוע ותוצאותיו

26. האם את/ה סובל/סבלת מבעיות בריאות מהותיות? כן לא

מחלות לב לחץ דם בעיות נוירולוגיות בעיות נשימתיות אחר אם כן, פרט:

26.א. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות (למעט ניתוחים קוסמטיים)? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט:

26.ב. האם טופלת או הנך מטופל בטיפול תרופתי מתמשך? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: סוג, מינון ומטרה.

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

27. האם טופלת/הנך מטופל על רקע נפשי (לרבות במהלך השירות הצבאי)? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט:

פרטי המטפלת/ת (שם ושם משפחה, כתובת ומספר טלפון):

28. האם טופלת/הנך מטופל על ידי שירותי רווחה, לרבות גורם ת"ש בצה"ל? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: גוף מטפל, מועד, סיבת הפנייה, מהות הטיפול

פרטי המטפלת/ת (שם ושם משפחה, כתובת ומספר טלפון):

29. באיזו תדירות הנך נוהג לשתות משקאות אלכוהוליים? כלל לא עד פעם בשבוע מספר פעמים בשבוע תדירות יומית

באירועים מיוחדים או לעיתים רחוקות **נא פרט:**

30. האם הנך נוהג להמר? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: מאפייני ההימור ותדירות (תחנות פיס/טוטו, לוטו, אינטרנט, קזינו, ספינות, קבוצות מאורגנות וכו'):

31. האם התנסית בעבר בסמים או שהנך נוהג להשתמש כיום לרבות: התנסות/שימוש חד פעמי, קנביס רפואי ו/או בחומר ממכר כלשהו (כגון: טיפקס, דבק מגע, גז מזגנים, תרופות וכו')?

אם כן, פרט: סוג החומר, תדירות שימוש, תקופות שימוש

32. האם נחקרת/נעצרת בארץ או בחו"ל ע"י רשויות החוק, לרבות חקירה או העמדה לדין בשירות חובה/קבע/מילואים?

אם כן, פרט: שנה, מקום, מהות האירוע (עיכוב, מעצר, חקירה) ותוצאותיו (ממתין לבריור דין, העמדה לדין, גניזת התיק)

מס' זהות	שם המועמד/ת
----------	-------------

33. האם נחקרת חקירת משמעת במסגרת מקומות עבודתך? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.
אם כן, פרט: שנה, מקום, מהות האירוע ותוצאותיו

34. האם ביצעת או היית שותף לביצוע עבירות מחשב? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.
אם כן, פרט: שנה, מהות העבירה ותוצאותיה

35. האם יש לך או היו לך קשרים כלשהם (לרבות באינטרנט) עם עמותות/ארגונים / אגודות/תנועות/חוגים למודעות עצמית וכיו"ב, בארץ או בחו"ל? לא כן אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה. אם כן, פרט: שם הארגון, מדינה, תקופת פעילות, תדירות, מכרים מהתקופה

36. האם יש פרט נוסף בחיידך, אשר לדעתך יש לו חשיבות לקביעת התאמתך הביטחונית? לא כן אם כן, פרט:

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

40. בני משפחה בארץ ובחו"ל לרבות הורים (כולל שאינם ביולוגיים), קשר זוגי בהווה; ילדים ו/או אחים (כולל שאינם ביולוגיים), אפוטרופוס.

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
הורה							
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
הורה							
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
בן/בת זוג							
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

הערה: בטבלאות הבאות יש למלא פרטי בני משפחה נוספים, ולציין את סוג הקרבה המדויק.

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

הערה: בטבלאות הבאות יש למלא פרטי בני משפחה נוספים, ולציין את סוג הקרבה המדויק.

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

	שם המועמד/ת
	מס' זהות

הערה: בטבלאות הבאות יש למלא פרטי בני משפחה נוספים, ולציין את סוג הקרבה המדויק.

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						

קרבה	שם פרטי	שם פרטי קודם/נוסף	שם אב	שם סב	שם משפחה	שם משפחה קודם/נוסף	מס' זהות/דרכון
שנת לידה	ארץ לידה	תאריך עליה מלא	אזרחות				
נסיבות קבלת אזרחות	מועד קבלת אזרחות	דת נוכחית					
כתובות	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד			
מגורים							
עבודה							
שם מקום העבודה	תפקיד						



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

המסמך מיועד לנשים וגברים כאחד למרות היותו מנוסח בלשון זכר.

כתב ויתור על סודיות רפואית וסודיות המידע

שם משפחה	שם פרטי	שם פרטי נוסף	שם האב
מס' זהות	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה

אני הח"מ לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, נותן בזאת רשות לכל רופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או פסיכולוג, או יועץ/ עובד במוסד רפואי או במוסד ציבורי אחר, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון כהגדרתה בחוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 (להלן "רשות ביטחון") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי וכל ממצא רפואי לרבות מצב נפשי, שיקומי, תפקודי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כך גם מאשר בזאת לכל יועץ חינוכי ו/או יועץ אחר בעניינים אישיים, ו/או עובד סוציאלי (לפי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996), המועסק בין במסגרת פרטית ובין במסגרת רשות מקומית ו/או כל מוסד ציבורי, חינוכי או פרטי, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי (לרבות מצב נפשי) ו/או הסוציאלי ו/או השיקומי.

אני משחרר בזה כל רופא או יועץ או עובד רפואי אחר, כל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, או משרד הבריאות, לרבות המחלקה למידע והערכה בשירותי בריאות הנפש, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית - כלפי רשות ביטחון ו/או כל אדם הפועל מטעמה או בשליחותה, וכל אחד מהנמנים לעיל מחובת שמירה על סודיות עפ"י החוקים שהוזכרו בכתב זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כוחו של כתב ויתור על סודיות זה יפה גם לגבי חומר רפואי המצוי אודותי אצל גופים ציבוריים או ממלכתיים אחרים.

*כתב זה יעמוד בתוקפו בהליכי בדיקות התאמת לתפקיד אליו אני מועמד וכל עוד אשאר בתפקיד מסווג.

ולראיה באתי על החתום

_____ חתימה

_____ תאריך

אימות חתימה:

חתימת המצהיר/ה על מסמך זה אומתה על-ידי:

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ מספר מזהה

_____ שם פרטי ומשפחה

למועמד שהינו קטין (כלומר, מתחת לגיל 18 ביום החתימה) חתימת הורה/אפוטרופוס נדרשת בנוסף לחתימת הקטין.

_____ חתימה

_____ שם מלא של ההורה/אפוטרופוס

_____ תאריך



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

הסכמה למסירת מידע מהמרשם הפלילי ע"פ חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א 1981

אני החתום/ה מטה _____ מס' זהות _____ מועמד/ת

לעבודה/מועסק/ת ב _____ מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי לצורך

קבלתי לעבודה ו/או לצורך המשך העסקתי, עלי לעבור בדיקה ביטחונית. *

הואיל וכך, הנני נותן/ת בזאת הסכמתי מראש, על פי סעיף 12 ב (3) לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים תשמ"א 1981, כי יימסר לנציגכם המוסמך כל מידע המצוי אודותי במרשם הפלילי כמשמעותו בחוק זה.

כמו-כן, ולמען הסר הספק, הנני מוותר/ת בזאת מראש על קבלת הודעה בדבר מסירת המידע.

*כתב זה יעמוד בתוקפו בתהליכי בדיקת התאמתי לעבודה במסגרתכם ואם אתקבל לעבודה, וכל עוד אהיה מועסק/ת בתפקיד מסווג.

_____ חתימה

_____ תאריך

אימות חתימה :

חתימת המצהיר/ה על מסמך זה אומתה על-ידי :

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ מספר מזהה

_____ שם פרטי ומשפחה

למועמד/ת שהינו/ה קטיין/ה (כלומר מתחת לגיל 18 ביום החתימה)

חתימת הורה/אפוטרופוס נדרשת בנוסף לחתימת הקטיין/ה.

_____ חתימה

_____ שם מלא של הורה/אפוטרופוס

_____ תאריך



מדינת ישראל
היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

כתב הסכמה לעריכת בדיקת התאמה ביטחונית לקטין

פרטי ההורה/פרטי האפוטרופוס:

מס' זהות

שם פרטי

שם משפחה

אני הח"מ, לאחר שקראתי עלון המידע לנבדק המתאר תהליך הבדיקה, מתכונתה, תכליתה ושלביה, נותן בזאת הסכמתי כי תערך לבני/בתי, קטין שתחת אחריותי, שם פרטי + שם משפחה: _____
מס' זהות/מ.א: _____ תאריך לידה: _____ בדיקת התאמה ביטחונית, לרבות תחקיר ביטחוני ובדיקת פוליגרף, ככל שאלו ידרשו, במסגרת מועמדותו/ה לתפקיד מסווג וללא צורך בנוכחותנו.

שם + חתימת ההורה/האפוטרופוס

תאריך

שאלון זה מיועד לנשים וגברים כאחד



שאלון אישי לבן זוג של מועמד/מועסק בתפקיד מסווג

צרך
תמונה
עדכנית

שם ומשפחה

מס' זהות	מס' זהות קודם/נוסף	מס' אישי בצה"ל

מס' טלפון בבית	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון נייד	מס' טלפון אחר

שם וכתובת אתר/בלוג אישי באינטרנט	כתובת דואר אלקטרוני	
	עבודה	פרטי

--

דף הסבר

בן זוג נכבד

1. בן זוגך מועמד/מועסק בתפקיד בעל סיווג ביטחוני, ועל כן נערכת לו בדיקת התאמה ביטחונית (להלן: הבדיקה).
 2. הסמכות לבצע בדיקה זו נתונה לשירות הביטחון הכללי, בהתאם לחוק שירות הביטחון הכללי התשס"ב 2002, התקנות והכללי מכוחו.
 3. לאור העובדה שבמהלך העסקתו של בן זוגך בתפקיד מסווג, הינך עשוי להיחשף לתכנים בעלי רגישות בהיבטים ביטחוניים, הרי שנדרש גם ממך לקחת חלק בתהליך הבדיקה שהוא עובר, לצורך קביעת או תיקוף התאמתו הביטחונית.
 4. לפיכך, למידת נכונותך לשתף פעולה בתהליך, השפעה ישירה על סיכויי בן זוגך לסיים הבדיקה במהירות האפשרית.
- 5. מה הם שלבי התהליך לגביך?**
1. בשלב ראשון תתבקש למלא שאלון אישי לבן זוג של מועמד/מועסק.
 2. בנוסף, תתבקש לחתום על כתב הסכמה ליותר על סודיות רפואית וסודיות המידע, לצורך קבלת מידע אודותיך **בתחום הנפשי**.
 3. בהתאם למידע שיעלה בבדיקה, יתכן שתוזמן גם לשיחה ו/או בדיקת פוליגרף ועוד, והכל לפי קביעת שירות הביטחון הכללי.
 6. לידיעתך, האנשים המטפלים במידע שנאסף במהלך הבדיקה רגישים לנושא צנעת הפרט, מכבדים אותה, ומחויבים לשמור על סודיות המידע.
 7. פרטים נוספים לגבי מהות ואופן עריכת בדיקת ההתאמה הביטחונית, תוכל לקבל בעלון לנבדק המצורף לשאלון הנבדק.

מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שם ומשפחה	מס' זהות
-----------	----------

11. האם ביקרת בחו"ל ב- 5 כן
השנים האחרונות? לא
(כל שהייה מחוץ למדינת ישראל)

שנה	משך שהייה	מטרה	מדינה	שנה	משך שהייה	מטרה	מדינה

פרט נסיעותיך לחו"ל. בעמוד מטרות ציין לימודים/עבודה/טיול/ביקור משפחתי וכו'.

12. האם במהלך שהותך בחו"ל היו לך מגעים כלשהם עם השלטונות המקומיים, צבא/מכס/משטרה/ביטחון/מודיעין ושגרירויות זרות? כן לא

אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה

פרט: שנה, מקום, מהות המגע/הקשר

13. האם יש לך או היו לך קשרים עם גורמים זרים בארץ ובכלל זה: עובדי נציגויות זרות, אנשי או"ם, אנשי כמורה, בעלי אזרחות זרה וכו'? כן לא

אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה

ארץ מוצא	פרט הגורם/האדם (שם, גיל, עיסוק) עימו יש/היה הקשר	מהות הקשר ושכיחותו (הרקע להכרות, תדירות המפגשים וכו')

14. האם שרתת אי פעם בצבא זר/ או בגוף ביטחוני, משטרה, מודיעיני זר, או פעלת עבורו בארץ או בחו"ל? כן לא

אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה

שם הארגון	מדינה	תקופת הפעילות	תאור התפקיד והפעילות	מכרים מתקופת הפעילות שם/כתובת/טלפון/תפקיד

15. האם אי-פעם נחקרת/נעצרת בארץ או בחו"ל ע"י המשטרה או רשות אזרחית אחרת? כן לא

האם אי-פעם הוגש נגדך כתב אישום או היית מעורב כצד בהליכים משפטיים (למעט עבירות תעבורה שאין עימן פגיעה בגוף)? כן לא

אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה

שנה	תאר את מהות התלונה/חקירה/משפט ותוצאותיהם (כולל מקום ותקופת מעצר/מאסר)

הנני מצהיר שפרט לאמור לעיל, מעולם לא נחקרתי ולא נעצרתי ע"י המשטרה או רשות אזרחית אחרת בארץ או בחו"ל. הנני מצהיר שפרט לאמור לעיל, מעולם לא עמדתי לדין ולא הייתי מעורב בצורה כלשהי בהליכים משפטיים.

חתימה _____

16. פרט אשפוז בתחום הנפשי ובכלל יש אין זה טיפולים פסיכיאטרים ותרופתיים ב-10 השנים האחרונות? כן לא

אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה

פרט: שנה, המחלה/פגיעה, מסגרת הטיפול, סוג הטיפול, משך הטיפול, שמות התרופות והמינון



מדינת ישראל
היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

ויתור סודיות רפואית בן/בת זוג

אני הח"מ לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, נותן בזאת רשות לכל רופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או פסיכולוג, או יועץ/ עובד במוסד רפואי או במוסד ציבורי אחר, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון כהגדרתה בחוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 (להלן "רשות ביטחון") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי הנפשי בהווה ובעבר.

כך גם מאשר בזאת לכל יועץ חינוכי ו/או יועץ אחר בעניינים אישיים, ו/או עובד סוציאלי (לפי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996), המועסק בין במסגרת פרטית ובין במסגרת רשות מקומית ו/או כל מוסד ציבורי, חינוכי או פרטי, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי הנפשי.

אני משחרר בזה כל רופא או יועץ או עובד רפואי אחר, כל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, או משרד הבריאות, לרבות המחלקה למידע והערכה בשירותי בריאות הנפש, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית - כלפי רשות ביטחון ו/או כל אדם הפועל מטעמה או בשליחותה, וכל אחד מהנמנים לעיל מחובת שמירה על סודיות עפ"י החוקים שהוזכרו בכתב זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור לעיל.

כוחו של כתב ויתור על סודיות זה יפה גם לגבי חומר רפואי המצוי אודותי אצל גופים ציבוריים או ממלכתיים אחרים. כתב זה יעמוד בתוקפו במסגרת הליכי בדיקות התאמתו הביטחונית של בן זוגי לעבודה במסגרתכם.

חתימה

תאריך

תעודת זהות

שם פרטי ומשפחה

נספח א'
מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסרו שלא כדין עובר עבירה

שם המועמד/ת										מס' זהות	

בני משפחה בארץ ובחו"ל: בן/בת זוגך בהווה ו/או בעבר; ילידך (גם מנישואים קודמים); הורידך (גם חורגים) ואפטרופסים (גם אם אינם בחיים); אחים, אחיות (גם חורגים).

קרבה	שם פרטי	שם אב	שם סב	שם משפחה	קודם/נוסף	מס' זהות
המועמד נ / ז						
דת/לאום	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה			
כתובת	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	לשימוש משרדי	
מגורים						
עבודה						
שם מקום העבודה						תפקיד

קרבה	שם פרטי	שם אב	שם סב	שם משפחה	קודם/נוסף	מס' זהות
אב						
דת/לאום	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה			
כתובת	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	לשימוש משרדי	
מגורים						
עבודה						
שם מקום העבודה						תפקיד

קרבה	שם פרטי	שם אב	שם סב	שם משפחה	קודם/נוסף	מס' זהות
אם						
דת/לאום	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה			
כתובת	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	לשימוש משרדי	
מגורים						
עבודה						
שם מקום העבודה						תפקיד

קרבה	שם פרטי	שם אב	שם סב	שם משפחה	קודם/נוסף	מס' זהות
בן/בת זוג						
דת/לאום	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה			
כתובת	ישוב	שכונה/רחוב/מס' בית	מס' טלפון	מס' טלפון נייד	לשימוש משרדי	
מגורים						
עבודה						
שם מקום העבודה						תפקיד

מסמך זה מכיל מידע המוגן עפ"י חוק הגנת הפרטיות. כל המוסרו שלא כדין עובר עבירה

	מס' זהות	
--	----------	--

הערה: נא לציין את סוג הקירבה המדוייקת.

מס' זהות	קודם/נוסף	שם משפחה	שם סב	שם אב	שם פרטי	קרבה
שנת עליה	ארץ לידה		שנת לידה		דת/לאום	
לשימוש משרדי	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	שכונה/רחוב/מס' בית		ישוב	כתובת
						מגורים
						עבודה
תפקיד	שם מקום העבודה					

מס' זהות	קודם/נוסף	שם משפחה	שם סב	שם אב	שם פרטי	קרבה
שנת עליה	ארץ לידה		שנת לידה		דת/לאום	
לשימוש משרדי	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	שכונה/רחוב/מס' בית		ישוב	כתובת
						מגורים
						עבודה
תפקיד	שם מקום העבודה					

מס' זהות	קודם/נוסף	שם משפחה	שם סב	שם אב	שם פרטי	קרבה
שנת עליה	ארץ לידה		שנת לידה		דת/לאום	
לשימוש משרדי	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	שכונה/רחוב/מס' בית		ישוב	כתובת
						מגורים
						עבודה
תפקיד	שם מקום העבודה					

מס' זהות	קודם/נוסף	שם משפחה	שם סב	שם אב	שם פרטי	קרבה
שנת עליה	ארץ לידה		שנת לידה		דת/לאום	
לשימוש משרדי	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	שכונה/רחוב/מס' בית		ישוב	כתובת
						מגורים
						עבודה
תפקיד	שם מקום העבודה					

מדדי בוחן כושר

יש לבצע מדידה עצמאית ולמלא את תוצאות המדדים בהתאם לתפקיד אליו את/ה מתמיינת.

מאבטחי מתקן:

ריצת 3000- עד 14:15 דק'	ריצת 300- עד 54 שניות	מתח- 4 חזרות עם 15 ק"ג	סקוואטים- 12 חזרות עם 35 ק"ג	דחיקה- 4 חזרות עם 70 ק"ג	בטן- 70 כפולות

קורס לוחם/אבטחה:

ריצת 3000- עד 13:00 דק'	ריצת 300- עד 50 שניות	מתח- 6 חזרות עם 15 ק"ג	דחיקה- 6 חזרות עם 70 ק"ג	סקוואטים- 6 חזרות עם 60 ק"ג	בטן- 70 כפולות

לוחמות/מאבטחות:

ריצת 3000- עד 16:30 דק'	ריצת 300- עד 67 שניות	מתח- 2	דחיקה- 5 חזרות עם 30 ק"ג	סקוואטים- 12 חזרות עם 20 ק"ג	בטן- 60

רכזים/חוקרים:

בנים - ריצת 4000 - עד 25:00 דק'	בנות - ריצת 4000 - עד 30:00 דק'	שכיבות שמיכה - 15	כפיפות בטן- 40

רשימת אסמכתאות:

להלן פירוט כל האסמכתאות שמועמד נדרש להגיש במסגרת תהליך המיון למשרדינו וטרם הקליטה. ככל שתעבור בהצלחה את שלבי המיון המתקדמים, ימסרו לך הנחיות מדויקות למסמכים הרלוונטיים אותם תידרש להמציא מתוך הרשימה כמפורט:

- צילום תעודת זהות + ספח פתוח.
 - צילום רישיון נהיגה משני הצדדים.
 - אישור על מהלך שירות צבאי מלא (ניתן להוציא מאתר "אישורים" של צה"ל).
 - אישור זכאות לתואר ראשון + תואר שני + תעודת טכנאי/הנדסאי.
 - אישור לימודים מהמוסד האקדמי (במידה והנך סטודנט).
 - אישור רשם הטכנאים הנדסאים / אישור רשם המהנדסים.
 - אישורי העסקה רלוונטיים – אישור העסקה מלא כולל: שם מלא, תאריכי העסקה, תפקיד וחלקיות משרה.
 - אישורים לצורך צירוף תקופות העסקה לוותק טרם זכאות לתואר ראשון (מיועד לפנסיה צוברת בלבד):
 - טופס 161 מצה"ל / שב"כ / מוסד / משטרה / שב"ס – טופס המעיד על הפיצויים שקיבלת / לא קיבלת בסיום העסקתך.
 - "דוח ערכי פדיון פיצויים" מקרן הפנסיה – דוח המעיד על הפיצויים הקיימים בקרן פנסיה הנוכחית שלך.
 - במידה ומשכת באופן אקטיבי פיצויים מקרן הפנסיה, יש להמציא "דוח שחזור תשלום" – דוח שמציג את סכום הפיצויים שמשכת ובאיזה תאריך.
 - אישורים לצורך גרירת זכאויות מגופי מערכת הביטחון:
 - צילום תלוש שכר אחרון.
 - אישור על תקופות ותק פעילות.
 - אישור על יתרת ימי מחלה.
 - אישור על יתרת ימי נופש.
 - אישור על יתרת נק' ספורט.
 - צילום פנקס חיסונים – יש לוודא שעברת את החיסונים הבאים: צהבת A, צהבת B וטטנוס.
- במידה ולא, יש לבצע את החיסונים באופן פרטי ולהביא קבלה למפגש ה-HR, ותקבל בהמשך החזר כספי בגין החיסונים.