



אוניברסיטת בן גוריון בנגב
מחלקת משאבי אנוש

שאלון אישי
לעובד חדש
בסגל אקדמי

הנחיות למילוי הטופס:
א. נא להקפיד על מילוי כל הפרטים
בטופס בכתב יד קריא
ב. נא להשתמש בעט

200

1. פרטים אישיים

מס' ת"ז / דרכון	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה

באותיות לטיניות

מגדר
זכר / נקבה

הבנק באמצעותו הנני מבקש/ת לקבל את המשכורת

שם הבנק	סמל בנק	שם הסניף	סמל סניף	מספר חשבון

554

2. אזרחות

ארץ לידה	ארץ עליה

218

3. כתובת וטלפון

ישוב / עיר	רחוב ומס' בית	מיקוד	טלפון בבית	טלפון נייד	דוא"ל

205

4. מצב משפחתי ומעמד בארץ

מתאריך	מעמד בארץ
	1 תושב 2 תושב חוץ 3 תושב ארעי 4 תושב חוזר 5 עולה

1 רווק/ה	3 גרוש/ה
2 נשוי/אה	4 אלמן/נה

219

5. פרטי בן/בת הזוג

מס' ת.ז.	תאריך לידה	שם	מגדר
			זכר / נקבה

עבודת בן/בת זוג	שם המעביד
220	□ עובד/ת □ לא עובד/ת

6. פרוט שמות ילדים ופרטיהם

מס' ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	מין

255

7. פרטי שירות צבאי

מס' אישי	תאריך גיוס	תאריך שחרור	חייב שירות מילואים	דרגה
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	

207

8. קופת חולים בה הנני חבר/ה

שם הקופה	האם הינך חבר בהסתדרות	חבר בהסתדרות
1 כללית	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2 כללית
2 לאומית		3 קופת חולים לאומית
3 מכבי		4 אגודת ישראל
4 מאוחדת		6 נוער עובד
5 אסף/אוצר הרופאים		8 הפועל המזרחי
6 אינו חבר		9 פועלי אגודת ישראל

539

9. השכלה

קוד	השכלה	שנות לימוד	מועד סיום לימודים	מוסד לימוד	תחום לימוד
2	תואר ראשון				
3	תואר שני				
5	תואר שלישי				
	אחרת				

10. קרובי משפחה המועסקים באוניברסיטה (בן/בת זוג, בן/ת, אב/ם, אח/ות, ידוע-ה בציבור, גיס/ה, דוד/ה, נכד/ה,

אחיי/נית, חותן/נת, חם/ה, חתן/כלה, סבא/סבתא): כן לא

במידה וכן, נא לפרט

שם המלא	יחס הקרבה	יחידה / פקולטה	תפקיד

11. מקומות עבודה נוספים

האם הינך עובד/ת במקום אחר נוסף לעבודתך באוניברסיטה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	שם המעביד הנוסף	מען המעביד הנוסף
תפקיד	האם הינך מקבל זכויות סוציאליות במקום עבודתך האחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם הינך מקבל זכויות שבתון, כרטיסי טיסה וקרן השתלמות במקום עבודתך האחר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם בדעתך להפסיק עבודתך הנוספת <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם כן מתי?	

12. הצהרה על מצב בריאות

לתשומת לבך – אינך חייב/ת לענות על השאלות הבאות, כולן או חלקן. בכל מקרה, מובטח כי המידע שיועבר על ידך יישמר בסודיות, ולא יעשה בו שימוש, אלא לצורך עמידה בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות והתקנות הנובעות מכוחו.

א. האם את/ה אדם עם מוגבלות כלשהי? כן לא

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998, מגדיר אדם עם מוגבלות כ"אדם בעל לקות פיזית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מהתחומי החיים העיקריים".

ב. אם כן, האם המוגבלות שלך היא:

- קבועה זמנית
 - מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי משרד הבריאות משרד הביטחון
 - האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? כן לא
- אם כן, אנה פרטי/י איזו התאמה? _____

הגדרת התאמה: "השינוי, התוספת, האבזור או השירותים הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים."

ג.

לפי מיטב ידיעתי מצב בריאותי תקין ואין לי מגבלות רפואיות.

יש לי מגבלות רפואיות ואלה הן:

חתימה: _____

13. הצהרת המועמד/ת

13.1. הנני מצהיר/ה, כי הפרטים שנמסרו על ידי בשאלון הם נכונים ומלאים.

13.2. הנני מתחייב/ת להודיע בכתב ובאופן שוטף למחלקת משאבי אנוש על כל שינוי שיחול בפרטים הנ"ל.

תאריך: _____ חתימה: _____