

שאלון אישי

שם הרשות המקומית: _____

1. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם האב	שם האם
שם קודם	תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה	דת
מין	כתובת	טלפון		
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה				

2. פרטי משפחה (ילדים מתחת לגיל 18)

מקום עבודה + טלפון (בן/בת חוג)	מספר זהות	שם בן/בת חוג	ג <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/>	ר <input type="checkbox"/>
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	שם הילד
						תאריך לידה
						תעודת זהות

3. השכלה (בצרוף תעודות)

השתלמויות / קורסים	גבוהה	תיכונית	יסודית	
				שם ביה"ס
				מס' שנות לימוד
				מקצוע / מגמה
				תאריך גמר
				תעודה/תואר

5. שדות בצה"ל ושרות לאומי

פרופיל	דרגה	עד תאריך	מתאריך	
				סדר / שירות לאומי
				קבע
				<input type="checkbox"/> אי שרות
				מספר אישי

4. ידיעת שפות

	קריאה	כתיבה	דיבור
עברית			
אנגלית			

6. מקומות עבודה קודמים

שימוש משרדי בלבד	ותק מוכר	תקופת העבודה	סיבת הפסקת העבודה	סוג העבודה והתפקיד	המעביד

7. קצובת נסיעה

מחיר בכיוון אחד	מס' התחנות	לתחנה	מתחנה	מס' הקו	<input type="checkbox"/> אני מבקש לקבל קצובת נסיעה לפי קווי נסיעה כמפורט להלן:
מחיר בכיוון אחר	מס' התחנות	לתחנה	מתחנה	מס' הקו	

9. השתייכות לאיגוד מקצועי (לצורך נביית מס אירגון)

שם האיגוד: _____

8. חברות בקופת-החולים

שם הקופה: _____

10. פרטי בנק (לצורך העברת משכורת)

שם הבנק:	כתובת הסניף:	מספר/סמל:	מספר החשבון:
----------	--------------	-----------	--------------

11. פרטים נוספים לשימוש מקומי

הצהרת העובד:

- הנני מצהיר בזאת שהפרטים כפי שמסרתי בשאלון מלאים ונכונים.
- הנני מצהיר בזאת שאוותר על סודיות רפואית בכל בדיקה רפואית אליה אשלח ע"י הרשות המקומית וידוע לי שבדיקה זו היא חנאי להעסקה ברשות המקומית.

תאריך _____

חתימת העובד _____

ימולא ע"י מנהל המנגנון:

לשימוש המשרד:

תאריך תחילת עבודת: _____ מחלקה: _____
 עובד: זמני / ארעי / על פי הסכם אישי-מיוחד / מחליף עד תאריך: _____
 סעיף תקציבי: _____ מספר סעיף תקציבי: _____

תאריך _____

חתימת הגזבר _____

תאריך _____

חתימת מנהל המנגנון _____

הצהרת בריאות

פרטים אישיים	
שם משפחה	שם פרטי
מספר זהות	טלפון
כתובת	
חמקיד	אגף/מחלקה/יחידה

מצב בריאות - פרט מתלוח כרונית ו/או קשות מהן סבלת בעבר ובהווה:

1. _____
2. _____
3. _____

האם עברת בעבר ניתוחים: כן לא

אם כן פרטי:

1. _____
2. _____
3. _____

האם אתה מרגיש כשיר ונכון מבחינה בריאותית לעבודה שיועדה לך במסגרת הרשות המקומית: כן לא

האם יש לך מגבלה רפואית כל שהיא: כן לא

אם כן פרטי:

1. _____
2. _____
3. _____

הצהרת העובד: הריני מצהיר שכל הפרטים שמסרתי לעיל מלאים ונכונים

שם ושם משפחה	חתימה	תאריך