



קליטת עובד צה"ל – דף הנחיות לנקלט

1. על מנת להיקלט לעבודה כאזרח עובד צה"ל, על היחידה הקולטת להגיש "תיק קליטה" המורכב מטפסים ומסמכים שעליך להמציא ולהעביר בהקדם האפשרי.
2. "תיק קליטה" שאינו שלם יעכב את תהליך קליטתך ועל כן חשוב מאוד לקרוא את ההנחיות להלן בעיון ולמלא את כל הסעיפים הנדרשים.
3. במידה וגם לאחר קריאת ההנחיות בעיון נותרות שאלות שדורשות מענה, ניתן ליצור קשר עם נציג היחידה הקולטת או למוקד מרכז תעסוקת עובדי צה"ל 03-6553700

המסמכים שעליך להביא לטובת תיק קליטה זה הנם:

1. **קורות חיים** עדכניים
 2. **צילום ת.ז. וספח** – חשוב שהצילום יהיה קריא והתמונה ברורה (בת.ז. חדשה יש לצלם את שני הצדדים)
 3. **תעודות השכלה מהמוסדות בהם סיימת לימודיך**. במידה והנך רשום בפנקס הטכנאים/ הנדסאים/ מהנדסים יש לצרף גם רישום זה.
 4. **טופס שאלון רפואי מלא**
 5. **סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה** – על גבי אישור סטנדרטי של קופת החולים
 6. **אישורי העסקה חתומים ממקומות עבודה קודמים** (במידה וקיימים) – חשוב שיכללו תאריכי עבודה, תיאור תפקיד ואחוז משרה.
 7. **טופס בקשה להצטרפות לקרן פנסיה, קרן השתלמות וקופ"ג**
דגשים למילוי הטופס:
 - א. קיימת אפשרות להצטרף לקרנות ברירת מחדל בצה"ל או להמשיך הפקדות לקרן שהפקדת אליה כספים עד היום:
 - 1) **במידה ובחרת להצטרף לקרנות ברירת המחדל**, יש לציין זאת בטופס במקומות המתאימים. במקרה זה, עבור קופת הגמל בלבד יש לצרף גם אישור הצטרפות מהקרן (מצ"ב אישור לדוגמה). חשוב שיהיה באישור מספר עמית.
 - 2) **במידה ובחרת בקרן פנסיה, השתלמות או קופת גמל הקיימות ברשותך**, יש לציין זאת בטופס ולצרף אישור הצטרפות מהקרן (מצ"ב אישור לדוגמה) או תדפיס חשבון אחרון במעמד פעיל. חשוב שיהיה באישור שם קופה, מס' קופה באוצר, מעמד העמית ומס' עמית.
 - 3) **במידה והקופה דורשת מס' ח.פ. או אישור מעסיק יש לתת את המספר 500106794.**
- ב. יש לקרוא בעיון ולחתום על ההצהרה שבסוף הטופס
8. **טופס פרטים אישיים מלא**

חשוב למלא את כלל השדות, לחתום בכל המקומות בהם נדרשת חתימת הנקלט ולוודא שהטפסים מועברים באופן קריא וברור להמשך טיפול ביחידה הקולטת.

בהצלחה!



**לטובת קליטת אזרח עובד צה"ל נדרש לפתוח בקשה
במערכת קליטות.**

להלן רשימת הטפסים אשר נדרש לצרף למערכת:

ק' ליסט לקליטת אזרח עובד צה"ל בהסכם הקיבוצי/ חוזה אישי			
קיים טופס מובנה	קיים (ניתן לסמן ב-X)	שם הטופס	
√		טופס סיכום ראיון	טפסים אשר נדרשים למילוי ע"י המועמד ו / או ע"י המפקד הקולט בדרגת סא"ל
√		שאלון רפואי וטופס ויתור סודיות	
√		טופס הצטרפות לקרן פנסיה, השתלמות וקופ"ג	
		הצהרה על אי קשר פיקודי- במידה וקיים קרוב משפחה ביחידה	
		התייחסות לתלונות מהשירות הצבאי חתום ע"י סא"ל ומעלה	
√		טופס 800- פרטים אישיים	
√		טופס הכרה בתפקיד לבעלי השכלה טכנאי/ הנדסאי/מהנדס	
√		המלצת סמכות חתומה ע"י סרן ומעלה	טופס למילוי הסמכות
		בדיקה שהמועמד סיים 12 שנו"ל	
		אישור סב"ט	מסמכים נוספים אשר נדרש לצרף
		קורות חיים	
		צילום ת.ז. וספח	
		סיכום מידע רפואי מרופא משפחה	
		תעודות השכלה מעל 12 שנו"ל	
		רישום בפנקס הטכנאים/ הנדסאים/ מהנדסים	
		אישורי העסקה במידה וקיימים	

דגשים כלליים	
כלל הטפסים צריכים להיות סרוקים באופן קריא וברור	
יש לוודא כי כלל הסעיפים בכלל הטפסים מלאים	מילוי טפסים
יש לוודא החתמת הגורם הנדרש כפי שמופיע ע"ג הטפסים	החתמת טפסים
יש לוודא כי הפרטים המופיעים בטפסים הינם אחידים ותואמים בין הטפסים השונים	אימות נתונים
נדרשת חתימת "נאמן למקור" לפחות ע"י רס"ן ומעלה על מסמכים אלו	מסמכים מצורפים



**סיכום ראיון מועמד להעסקה כעובד צה"ל
חלק א' - ימולא ביחידה**

א. פרטים אישיים:

מספר ת"ז										שם משפחה										
תיכונת / אקדמאית *										שם פרטי										
השכלה										תאריך לידה										
טלפון נייד										מזב משפחתי										
כתובת מגורים										תאריך עליה										
										ר / נ / ג / א										
										תאריך לידה										

* יש לצרף תעודת תואר אקדמאי / טכנאי / הנדסאי ורישום בפנקס הטכנאים או פנקס המהנדסים

ב. התפקיד המוצע: (ימולא ע"י היחידה)

הגדרת התפקיד	
מס' מקצוע (מתוך רשימת המקצועות של ע"צים)	
פירוט התפקיד (תיאור התעסוקה, היכן ישובץ)	
אופי התפקיד	מנהלי / יצרני
בעל תפקיד אליו יהיה כפוף	
מספר כפיפים בתפקיד	
השכלה נדרשת לתפקיד	
יחידה קולטת	
מיקום היחידה	
היקף משרה	
מסגרת העסקה	הסכם קיבוצי / חוזה אישי
מספר אשרה (ליח' אט"ל או ז"י)	
דרגת התקן *	
מס' שורה בתקן	

* יודגש כי אין בדרגת התקן כדי להוסיף או לגרוע ממעמדך כעובד זמני במשך 5 שנות ההעסקה הראשונות כמע"צ או כדי ללמד על סיכוייך להתקבל כעובד קבוע בתום תקופת העסקתך כעובד זמני כאמור.

ג. הבהרת תנאי העסקה:

1. הבהרתי למועמד שאם יאושר להעסקה ע"י מרכז תע"צ יהיה עליו לעבוד _____ שעות בשבוע בפועל לא כולל הפסקות (משרה מלאה הינה 42 שעות שבועיות: בימים א'-ד' 8.5 שעות, ביום ה' 8 שעות)
2. בימים א' - ד' שעת תחילת העבודה _____ שעת סיום העבודה _____ (סה"כ _____ שעות כולל הפסקות)
3. ביום ה', שעת תחילת העבודה _____ שעת סיום העבודה _____ (סה"כ _____ שעות כולל הפסקות)
4. ביום ו', שעת תחילת העבודה _____ שעת סיום העבודה _____ (סה"כ _____ שעות כולל הפסקות)
5. ההפסקות תהיינה בבוקר משעה _____ ולמשך רבע שעה (לדרוגים מקצועיים בלבד) ובצהריים משעה _____ ולמשך חצי שעה.
6. סה"כ ימי חופשה שנתית להם זכאי בשנתו הראשונה _____ (במידה וישלים 12 חודשי עבודה מלאים).

ד. האם ביחידה בה יועסק משרתים / מועסקים קרובי משפחה? כן / לא.

אם כן, ציין קירבה, תפקיד ושיבוץ של קרוב המשפחה _____.
במידה וקיים קרוב משפחה - יש לצרף התייחסות מפקד קולט בדרגת סא"ל אשר מצהיר כי אין קשר פיקודי בין השניים.

הריני להצהיר כי לא קיים קשר פיקודי בין המועמד לבין קרוב משפחתו המועסק באותה יחידה.

ה. פרטים על שרות צבאי:

זיקה לתפקיד המוצע	מקצוע	תאריך סיום	תאריך תחילה	
				שירות חובה
				שירות קבע
				חובה בתנאי קבע / מילואים בתנאי קבע

1. הבהרה על מועמד שסיים שירות חובה/ קבע מסיבה שאינה שחרור משירות תקין:

2. קיבל פטור משירות חובה מסיבה _____ (לצרף תעודת פטור).
3. קיבל פטור משירות מילואים מסיבה _____ (לצרף תעודת פטור).
4. ימי תב"נ: _____.
5. במידה ולמועמד היעדרויות ותלונות מהשירות הצבאי יש לצרף התייחסות מפקד קולט בדרגת סא"ל.

ו. פרטים על העסקה קודמת:

6. האם הועסקת בעבר כעובד צה"ל? כן / לא
 יחידה _____ תפקיד _____
 מתאריך _____ עד _____ סיבת העזיבה _____
7. האם נדחתה בעבר מועמדותך כעובד צה"ל? כן / לא בתאריך _____

8. האם הועסקת בעבר / הינך מועסק כיום כיועץ דרך משהב"ט? כן / לא

יחידה _____ תפקיד _____
מתאריך _____ עד _____ שכר לשעה: _____
סיבת העזיבה _____

ז. מקומות עבודה קודמים*:

שם מקום העבודה	מתאריך	עד תאריך	תפקיד	סיבת העזיבה	זיקה לתפקיד המוצע

* יש לצרף קורות חיים של המועמד.

ח. הצהרה בדבר מצב הבריאות:

מצב בריאותי תקין.

מצב בריאותי תקין אך מוגבל כמפורט _____

מצב בריאותי אינו תקין כמפורט _____

ט. הבהרתי למועמד כי כל הנתונים והמסמכים שצורפו לעיל יועברו למרכז תע"צ לבחינה והחלטה.

י. פרטי המראיין:

שם פרטי ומשפחה _____ מספר אישי _____ תפקיד _____ תאריך _____ חתימה _____

יא. הצהרת המועמד:

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומדויקים וברורים לי תנאי ההעסקה במידה ותאושר העסקתי ע"י מרכז תע"צ ולראיה באתי על החתום.

שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

יב. הצהרת מפקד קולט בדרגת סא"ל:

לאור הנתונים הרשומים לעיל, הנני ממליץ על קליטת המועמד לתפקיד:

דירוג מומלץ: _____

דרגה מומלצת: _____

נימוקים:

שם פרטי ומשפחה _____ מספר אישי _____ תפקיד _____ תאריך _____ חתימה _____

חלק ב' - ימולא בסמכות

המלצת הסמכות:

א. ניתנת בזאת המלצת הסמכות לקליטה ע"פ הפרטים הר"מ:

מסגרת העסקה:

הסכם קיבוצי: דירוג מומלץ: _____ דרגה מומלצת: _____.

או

חוזה אישי גלובאלי ע"ס _____ שכר קובע לפנסיה.

ב. מספר שורה בתקן: _____ דרגת התקן: _____.

חתימת ע. רמ"ד/רמ"ד/רע"ן אזרחים:

שם פרטי ומשפחה _____ מספר אישי _____ תפקיד _____ תאריך _____ חתימה _____



שאלון רפואי למועמד להעסקה

חלק א: (ימולא ע"י היחידה)

1. פרטי המועמד:

מספר ת"ז										שם משפחה					שם פרטי					מין					תאריך לידה				

2. כתובת מגורים:

רחוב					בית					יישוב					מיקוד					טלפון נייד				

3. מקום העבודה:

יחידה					מיקום גאוגרפי					טלפון ביחידה					פקס					

4. התפקיד המיועד: _____

5. האם העיסוק משרדי / עבודה פיזית (יש להקיף את הרלוונטי)

6. גורמי סיכון להם יהיה המועמד חשוף בעבודתו (כימיים, ביולוגיים, פיזיקליים כגון: קרינה, הרמת משאות כבדים, רעש מזיק וכו'):

7. פרטי הרופא המטפל:

שם הרופא המטפל					כתובת המרפאה					טלפון										

לשימוש הרופא התעסוקתי

החלטות:

1. לזמן את המועמד לבדיקות נוספות: _____
2. מאושר.
3. מאושר בהגבלות הבאות: _____

4. לא מאושר.
5. הערות: _____

חתימה

פרטי הרופא התעסוקתי

תאריך

חלק ב: (ימולא ע"י המועמד) - הצהרה על מצב בריאות של המועמד

שאלות כלליות:

* השב על כל אחת מהשאלות ע"י סימון התשובה המתאימה בעיגול. פרט במקרים המתאימים.

1.1 האם הינך חש עצמך בריא? בריא בהחלט? ובעל כושר מלא לעבודה המוצעת לך? **כן / לא**
אם לא - פרט:

1.2 האם אושפזת בב"ח או מוסד רפואי כלשהוא (למעט אשפוז לצורך לידה) בעשר השנים האחרונות?
כן/ לא
אם כן- פרט היכן, מתי, סיבת האשפוז, הטיפולים שעברת במהלך האשפוז והשפעת המקרה על מצב בריאותך כיום

1.3 האם אי פעם נותחת או הוזמנת לניתוח, בדיקות/ טיפולים פולשניים?
כן / לא
אם כן- פרט מתי, סוג ניתוח, בדיקות, באיזה ב"ח, השפעת הניתוח/ בדיקות על בריאותך, כעת ובעתיד.

1.4 האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא/ רופאים/ מומחים?
כן / לא
אם כן- פרט שם הרופא/ים/ התמחותם, הסיבה לפניה אליהם, המלצותיהם, הטיפול שעברת ותוצאותיו.

1.5 האם אי פעם הגשת בקשה לביטוח לחברת ביטוח ובקשתך נדחתה או שהתקבלת במגבלות בגין מצב בריאות?
כן / לא
אם כן- פרט מדוע הצעתך נדחתה ו/או הוגבלת.

1.6 האם הינך נמצא כיום או היית בעבר חולה במחלה או הפרעה נפשית מאובחנת?
כן / לא
אם כן- פרט:

1.7 האם הינך חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך על הפרעה בריאותית כלשהי? (ליקוי, מום, בעיה רפואית, כאבים, מיחושים, הפרעות גופניות ונפשיות).
כן / לא
אם כן- פרט:

1.8 האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
כן / לא
אם כן- פרט: שם התרופה ומינונה (נבקשך לרשום שם התרופה בלועזית באותיות דפוס):

1.9 האם נפגעת בתאונה כלשהי?
כן / לא
אם כן- פרט: מתי נפגעת ומהן תוצאות הפגיעה?

1.10 האם הגשת בעבר תביעה להכרה בנכות? האם הוכרת כנכה?
כן / לא
אם כן- פרט מתי הוגשה התביעה/ מתי הוכרת, למי הוגשה התביעה האם עקב הפגיעה הוגבל כושרך לעבודתך, באיזה תחום? כמה אחוזי נכות נקבעו לך? ולאיזה תקופה?

חלק ג: שאלות מפורטות על תחלואה וסימני תחלואה:

(סמן X במשבצת המתאימה) אם התשובה היא כן הקף המחלה או סימניה בעיגול ופרט הנתונים. אם חסר לך מקום לרישום הפרטים יש להוסיף דף ולצרפו להפניה זו.

האם הנך סובל או האם סבלת בעבר מהמחלות או מסימני המחלות הבאים?	כן	לא	המחלה / הפרעה	מתי הופיעה לראשונה? (תאריך)	כמה זמן נמשכה?	פרטים נוספים כולל שם הרופא או המוסד המטפל
כאבי ראש כרוניים, מחלות המוח, מחלות עצבים, אפילפסיה, שיתוקים, סחרחורות או התעלפויות, אובדן הכרה, דיכאון, או הפרעה נפשית אחרת או ניסיון התאבדות, הפרעות בתחושה?						
שחפת ריאתית, אסטמה, שיעול ממושך, דלקות ריאה חוזרות, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, מחלות קרום הריאה, יריקת דם?						
מחלות לב וכלי דם, דפיקות לב או הפרעות בקצב הלב, לחצים או כאבים או לחץ בחזה, לחץ דם גבוה, נפיחות הרגליים, כאבי שוקיים בהליכה, התקף לב מסוג כלשהו?						
הפרעות בבליעה, צרבת כיב קיבה או התרסריון, מחלות מעיים, דימום מדרכי העיכול, מחלות כיס מרה, הכבד, הקאה חוזרת, דם סמוי בצואה, צהבת נגיפית מסוג A.B.C?						
מחלות מין, "איידס", או האם הינך נשא של "איידס"?						
מחלות עיניים, הפרעות ראייה, מחלות אף, אוזן, גרון, מערות האף (סינוסיטיס), ירידה בכושר השמיעה, צרידות כרונית?						
רגישות יתר (אלרגיה) כולל תרופות, סוגי מזונות וגורמים מגרים אחרים?						
מחלות או זיהומים בדרכי השתן, אבנים בכליות, דם סוכר או חלבון בשתן, הגדלת הפרוסטטה, הפרעות במתן השתן?						
מחלות עור, פצע שאיננו מתרפא, שינויים בנקודות חן או יבלות, התקשות בשד או התקשויות כלשהן, גידול שפיר או סרטני, רגישות לקרינת השמש?						
מחלות חילוף חומרים או בלוטות, סוכרת, שומנים בדם, מחלות בלוטת המגן, או שגדון (gout)?						
דלקות פרקים, ראומטיזם, ארטריטיס, מגבלות בתנועת הגפיים (ידיים ורגליים), מחלות של עצמות?						
שבר (הרניה), אנמיה, הפרעות קרישה או המוליזה, פוליציטמיה, המופיליה?						
מחלות גב או כאבי גב, כאבי צוואר, מוגבלות בתנועה והפעלת עמוד השדרה, הפרעות בתנועה?						
הפרעות אחרות שמקורן במחלות אחרות שלא פורטו לעיל, או מגבלות בריאותיות אחרות?						

חלק ד: היסטוריה תעסוקתית:

פרט את מקומות העבודה בהם עבדת בעבר (מקומות תעסוקה הן כשכיר והן כעצמאי):

משנה	עד שנה	מקום העבודה (החברה)	תחום העיסוק	תפקיד	הערות

חלק ה:

הערות נוספות שברצוני לציין בנוגע למצב בריאותי וכושרי לתפקיד:

חלק ו:

הצהרת המועמד לעבודה (ימולא על ידי המועמד לעבודה)

אני הח"מ, המועמד לעבודה מצהיר בזה:

- שכל תשובותיי הנ"ל הן נכונות, מדויקות ומלאות ושלא העלמתי דבר.
- ידוע לי שעל בסיס המידע שמסרתי בטופס זה, יחליט הרופא על מידת התאמתני לעבודתי ובמקרה ותשובותיי אינן נכונות, מדויקות ומלאות או במקרה והעלמתי דבר, הריני עלול לסכן את בריאותי ו/או את בריאותם של אנשים אחרים.
- ידוע לי שיתכן ואדרש על פי שיקול דעתו של רופא תעסוקתי, לעבור בדיקות רפואיות לבחינת מידת התאמתני הרפואית לעבודתי ואני מתחייב להתייצב לבדיקות, אם וכאשר אוזמן לבדיקות הנ"ל, במקום ובמועד שיקבע על ידכם.

חתימת המועמד לעבודה

מס' תעודת זהות

שם מלא של החותם

תאריך

חלק ז: ויתור על סודיות רפואית
(ימולא על ידי המועמד לעבודה)

הואיל וצה"ל דורש חוות דעת רפואית על כושרי לבצע עבודתי והואיל ולצורך מתן חוות דעת זו, יתכן ויידרש לרופא התעסוקתי מידע רפואי נוסף אודותיי, הנני מצהיר כדלקמן:

אני נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי, לרבות קופות החולים, רופאיהן ועובדיהן ו/או כל מוסד רפואי אחר, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים ו/או משרד הביטחון ו/או המוסד לביטוח לאומי (להלן: "מוסרי המידע") למסור לצה"ל ו/או לרופא התעסוקתי (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי מוסרי המידע, באופן שיידרש על ידי המבקשים, על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי, לרבות אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, כל מידע על מום, ו/או פגיעה ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת וכל טיפול רפואי ושיקומי שקיבלתי, מועדי מתן הטיפול והאבחנות המתייחסות אלי, וכן כל מידע רפואי כאמור ו/או נוסף המתייחס אלי והאגור במאגרי המידע של מוסרי המידע, לרבות רשימת הרופאים שטיפלו בי.

אני מרשה בזה לרופא התעסוקתי למסור למעבידי ולמפקח עבודה אזורי את פירוט מצב בריאותי או הטיפול הרפואי, האם ובכלל שיש בכך צורך, עפ"י שיקול דעתו של הרופא התעסוקתי, ככל שהם מתייחסים ליכולתי, מבחינה רפואית לבצע תפקידי בעבודתי, וכן לגבי השפעת עבודתי הנוכחית או הקודמת או עבודתי בעתיד, על בריאותי.

לא יהיו לי טענות או תביעות כלשהן למוסרי המידע ו/או לצה"ל ו/או לרופאיה ו/או למי מעובדיה ו/או הפועלים מטעמה, בקשר למסירת פירוט העובדות הנ"ל או המסקנות המבוססות עליהן.

חתימת המועמד לעבודה

מס' תעודת זהות

שם מלא של המועמד

תאריך



טופס בקשת מועמד להצטרפות לקרן פנסיה, קרן השתלמות וקופ"ג:

כעובד צה"ל עומדות בפניך שתי אפשרויות: (נא לסמן את בחירתך)

- ביצוע צ'ק אפ פיננסי – במידה ובחרת באפשרות זו יש למלא בטופס זה את סעיפים 7,8 בלבד- מילוי של סעיף אחר מלבד סעיפים אלו לא יטופל.
- הצטרפות לקרנות ללא ביצוע צ'ק אפ פיננסי – במידה ובחרת באפשרות זו יש למלא את כלל הטופס למעט סעיף 7.

1. קרן פנסיה

הפרשות פנסיוניות בגובה 20.5%, מתוכן תגמולי עובד בגובה 7% מהשכר הפנסיוני החודשי בצירוף 13.5% שמפקיד המעביד (7.5% תגמולי מעביד ו-6% לטובת פיצויים).
הכנסה חודשית לקרן הפנסיה מופיעה בתלוש השכר ב"נתונים גולמיים".

תצורף לקרן פנסיה, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

<p>מבקש להצטרף לקרן הפנסיה ברירת המחדל של עובדי צה"ל. ברירת המחדל עבור עובדי צה"ל הינה:</p> <p><u>קרן פנסיה של חברת מנורה מבטחים החדשה, מס' קופה באוצר 168.</u></p> <p>איש הקשר: טלי אליעזר אברמוב - 054-7778351, 03-9523018</p>	<input type="checkbox"/>
<p>מבקש להפריש לקרן פנסיה צוברת קיימת / ביטוח מנהלים קיים _____.</p> <p>מס' קופה באוצר _____ מס' עמית _____.</p> <p>במקרה של ביטוח מנהלים ו/או פיצול הפרשות פנסיוניות (לדוג' בין קרן פנסיה לבין ביטוח מנהלים) <u>נדרש לקבל אישור לפני מועד הקליטה מאת רח"ל פנסיה במופת באמצעות טלפון: 1111 (מוקד מופת).</u></p> <p>מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות או תדפיס פוליסה במעמד פעיל מהקרן/חברת ביטוח והצהרה על אופן פיצול המבוקש לפי תקרת שכר. *במקרה של ביטוח מנהלים ההפרשות לפיצויים יעמדו על 8.33% במקום 6%.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>מבקש להפריש לקרן פנסיה ותיקה קיימת, קרן פנסיה בעמיתים, קרנות הפנסיה הוותיקות.</p> <p>בהתאם להסדר המיוחד של המעסיק ביכולתך לבקש לשמור על הזכויות שלך בקרן הפנסיה "מבטחים הוותיקה" בלבד, החלת תקנון רציפות זכויות- נדרש לקבל אישור לפני מועד הקליטה מאת רח"ל פנסיה במופת באמצעות טלפון: 1111 (מוקד מופת), מותנה בהצגת תדפיס זכויות מאת קרן וותיקה.</p>	<input type="checkbox"/>

2. קרן השתלמות:

א. הפרשות קרן השתלמות בגובה 2.5% מהעובד, בצירוף 7.5% שמפקיד המעביד מהכנסה חודשית לקרן השתלמות המופיעה ב"נתונים גולמיים" בתלוש השכר. ההפקדות הן במעמד עמית-שכיר.

ב. להלן פירוט בדבר קרנות ההשתלמות ברירות המחדל של עובדי צה"ל:

- ❖ הראל ביטוח ופיננסים
- ❖ מנורה מבטחים החדשה
- ❖ חברת פסגות
- ❖ קרן השתלמות להנדסאים וטכנאים בע"מ.

לידיעתך, קיימות קרנות השתלמות נוספות המיועדות לדירוגים ייחודיים. במידה והנך מעוניין, נא פנה לאגודה המקצועית אליה הנך משתייך לפרטים נוספים ולהצטרפות לקרן הרלוונטית.

ג. כעובד צה"ל, תצטרף לקרן השתלמות, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

<p>מבקש להצטרף לאחת מקרנות ההשתלמות ברירות המחדל של עובדי צה"ל: _____</p> <p>יש לציין לאיזה חברה מבקש להצטרף (מבין 4 האפשרויות המצוינות מעלה)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>מבקש להפריש לקרן השתלמות קיימת _____ מס' קופה באוצר _____</p> <p>מס' עמית _____.</p> <p>מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך.</p>	<input type="checkbox"/>

3. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים - מרכיבי עבודה נוספת

א. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים הינה קופה במעמד שכיר בגין מרכיבי עבודה נוספת, במידה ותהיה זכאי להם, כגון: שעות נוספות / שעות כוננות וכד'. ההפרשה בגין אותם מרכיבים הינה 6.5% שמפקיד העובד ו-6.5% שמפקיד המעביד.

להלן פירוט בדבר קופות הגמל ברירות המחדל של עובדי צה"ל:

- ❖ הראל ביטוח ופיננסים
- ❖ מנורה מבטחים החדשה
- ❖ חברת פסגות
- ❖ קרן השתלמות להנדסאים וטכנאים בע"מ.

ב. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

מבקש להצטרף לאחת מקופות הגמל ברירות המחדל של עובדי צה"ל: _____	<input type="checkbox"/>
יש לציין לאיזה חברה מבקש להצטרף (מבין 4 האפשרויות המצוינות מעלה)	
מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.	<input type="checkbox"/>
מבקש להפריש לקופת גמל קיימת _____ מס' קופה באוצר _____ מס' עמית _____.	<input type="checkbox"/>
מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך.	<input type="checkbox"/>

4. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים - מרכיבי החזר הוצאות

א. קופת גמל לרכיבים לא פנסיוניים הינה קופה במעמד שכיר בגין מרכיבי החזרי הוצאות, במידה ותהיה זכאי להם. הפרשות בגין אותם מרכיבים הן בגובה 10%, מתוכן 5% תגמולי עובד בצירוף 5% שמפקיד המעביד.

ב. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל, כאשר: (יש לסמן אפשרות אחת במקום המתאים)

מבקש לאחד ולהפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.	<input type="checkbox"/>
מבקש לאחד ולהפריש לקרן הפנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.	<input type="checkbox"/>
מבקש להפריש לקופת גמל קיימת _____ מס' קופה באוצר _____ מס' עמית _____.	<input type="checkbox"/>
מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקרן, או תדפיס חשבון במעמד פעיל מהקרן, עד מועד קליטתך.	<input type="checkbox"/>

5. קופת גמל בגין תשלום יום נוסף

תשלום יום נוסף – תוספת שאינה קבועה ומיועדת לאוכלוסיות מוגדרות לכך. במידה ותהיה זכאי לרכיב, ההפרשות בגינו הן בגובה 15.5%, מתוכן 5.5% תגמולי עובד בצירוף 7.5% שמפקיד המעביד והן 2.5% פיצויים.

ג. כעובד צה"ל, תצטרף לקופת גמל עבור תשלום יום נוסף, כאשר: (יש לסמן **אפשרות אחת** במקום המתאים)

<input type="checkbox"/>	מבקש להפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.
<input type="checkbox"/>	מבקש לאחד ולהזרים לקרן פנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
<input type="checkbox"/>	תבקש להצטרף לקופת גמל קיימת _____ מס' קופה באוצר _____ מס' עמית _____. מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקופה או תדפיס חשבון במעמד פעיל עד מועד קליטתך.

6. קופת גמל נוספת עבור עובדי הוראה (מיועד לדירוג מורים בלבד)

עובדי הוראה בהתאם להסכם ייעודי, זכאים להפרשות לקופ"ג עובדי הוראה בגין תוספות שכר מיוחדות. הפרשות בגובה 18.33%, מתוכן 5% תגמולי עובד, 5% תגמולי מעסיק ו-8.33% פיצויים.

ברירת מחדל קופת גמל עובדי הוראה- "הילה", מס' קופה באוצר 1478.

<input type="checkbox"/>	מבקש להפריש לקופת הגמל עליה הצהרתי בסעיף 3.
<input type="checkbox"/>	מבקש לאחד ולהזרים לקרן פנסיה עליה הצהרתי בסעיף 1.
<input type="checkbox"/>	מבקש להצטרף לקופת גמל _____ מס' קופה באוצר _____ מס' עמית _____. מותנה בהצגה מוקדמת של אישור הצטרפות מהקופה או תדפיס חשבון במעמד פעיל עד מועד קליטתך.

דגשים לכלל הקופות עבור כלל המועמדים שלא בחרו באפשרות צ'ק אפ פיננסי:

1. אישור הצטרפות מהקופה/ תדפיס חשבון במעמד פעיל צריך להיות כולל שם קופה, מספר קופה באוצר, מעמד העמית ומספר עמית.
2. במידה ותהיה מעוניין לפתוח קופה חדשה והחברה מבקשת אישור מעסיק: על פי החוק משנת 2009 אין צורך באישור מעסיק רשמי וניתן להעביר מספר ח"פ: 500106794.
3. במידה ובמהלך העסקתך תהיה מעוניין בשינוי קופות באפשרותך לפנות לקצין האזרחים ביחידתך או למוקד מופת בטלפון: 1111.
4. כל ההפרשות מבוצעות החל מיום העבודה הראשון אלא אם צוין אחרת.

8. הצהרה – מיועד לכלל העובדים (למי שבחר לבצע צ'ק אפ פיננסי ולמי שבחר שלא לבצע זאת)

ידוע לי ואני מסכים כי: (לעניין האמור כאן: "קופת גמל" – לרבות קרן השתלמות, קרן פנסיה וכיוצא באלה).

1. הבחירה כי יופקדו הכספים בקופות ברירת המחלל הינה בהתאם לשיקול דעתי ועל אחריותי. מובן לי כי בשום מקרה צה"ל איננו משמש כיועץ לעניין זה וכי באפשרותי להיוועץ עם יועץ מקצועי חיצוני בטרם אקבל החלטה בדבר חסכוניותי.
2. בקשותיי האמורות במסמך זה נעשו ללא קבלת כל יעוץ מצה"ל או ממי מטעמו.
3. ניתנת לי זכות לבחור קופת גמל מאותו סוג כמו קופות ברירת המחלל הקיימות בצה"ל. כל עוד לא בחרתי בקופת גמל מסוג מסוים שאינה קופת ברירת המחלל, יועברו ההפקדות המנוכחות ממשכורתי לקופת הגמל מאותו סוג אשר נבחרה כברירת מחלל (במקרה כזה יהא עלי להסדיר את מעמדי בקופת הגמל, אשר נבחרה כברירת מחלל, ישירות למול הקופה, וזאת תוך חודש ממועד הצטרפותי אליה, שכן אחרת, יתכן והיא לא תוכל להמשיך ולקבל כספים עבורי).
4. אני מתחייב לברר ישירות מול הקופה האם חסר מידע/ מסמך נוסף לשם הצטרפות ולפעול לשם העברתו ישירות לקופה באופן מידי עם תחילת העסקה.
5. ההפקדות לקופות שנבחרו על ידי ינוכו משכרי. ידוע לי כי אם בקשתי תועבר למחלקת מופת לאחר ה-10 בחודש, יועברו הכספים לקופה החדשה רק החל משכר החודש העוקב; ורק אם אין כל מניעה אחרת להעברת הכספים.
6. העדכון אודות שינוי הקופה הינו לגבי הניכויים השוטפים משכרי ואם ברצוני להעביר את כלל הסכומים שנצברו בקופה ממנה ביקשתי לעבור, עלי לעשות זאת במישרין למול הקופה.
7. במקרה בו יועברו לשכרי סכומים באופן רטרואקטיבי, יועברו ההפקדות בגין הפרשות אלו לקופות הגמל בהם אהיה עמית בעת קבלת הסכומים.
8. זכויותיי בקופות הגמל יהיו בהתאם לתקנון הקופות שנבחרו ולהוראות הדין בדבר קופות גמל.
9. עלי להודיע למחלקת מופת במקרה בו אבחר לשנות את קופות הגמל שבחרתי או להפסיק את תשלומי לקופות הגמל.
10. ידוע לי כי התשלומים בקופות הגמל שבחרתי ישולמו בהתאם להוראות הדין ותקנון קופות הגמל ו/או ההוראות אשר נתתי לאמורות. אם ברצוני לקבוע מוטבים עלי לפנות לקופות הגמל ולהסדיר את הנושא ישירות מולם ובהתאם לכללים הקובעים על-ידם.
11. בנוסף לחסכוניות המפורטים לעיל, באפשרותי לבצע חסכוניות יזומים בקופות גמל אחרות, באופן עצמאי, בדרך של הוראת קבע בחשבון הבנק. והכול בכפוף להסדר התקף באותה עת (לעניין זה "הסדר" - לרבות כל דין, ו/או כל פקודה, ו/או כל נוהל מטעם המעסיק).
12. לא יהיה תוקף לכל שינוי או מחיקה של פרט או תנאי בהצהרה זו, שתעשה על ידי.
13. הריני מאשר כי קיבלתי לידי העתק חתום מהטופס הנ"ל.

חתימת המבקש

מספר ת"ז	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	תאריך	חתימה														

אישור קצין האזרחים – הנני מאשר כי המועמד מילא את הפרטים בנוכחותי, והבהרתי למועמד כי בהתאם להצהרתו, יבוצעו הפרשות לקרנות.

מספר עובד	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	תאריך	חתימה														

אישור הבקשה על ידי מרכז תע"צ הנני מאשר קבלת הבקשה על ידי העובד

מספר איש/ת"ז	דרגה	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	תאריך	חתימה													



טופס פרטים אישיים (טופס 800)

ימולא ע"י המועמד בנוכחות קצין האזרחים/שליש יחידתי

יחידה _____
יחידת משנה (2 ספרות) _____

פרטי המועמד									
אלמן	גרוש	נשוי	רווק						
מצב משפחתי (נא להקיף)				שם משפחה קודם	שם פרטי	שם משפחה		מס' זהות	
נקבה	זכר								
מין (נא להקיף)		מספר ילדים	שם האב	לאום	טלפון נייד	טלפון בבית			
קופ"ח		דירה	מס' בית	רחוב		שם הישוב			
כפולה	זרה	ישראלית							
אזרחות (נא להקיף)			תאריך עלייה	ארץ לידה		תאריך לידה			

פרטי בן/ת הזוג				
ת. לידה	מס' זהות	שם משפחה קודם	שם פרטי	תאריך נישואין
חיילת	לא עובד	עובד (לרבות חבר קיבוץ או פנסיונר)		
מצב בן/בת זוג (נא לסמן)			מס' ילדים קודמים	ארץ לידת בן/בת הזוג

פרטי הילדים									
מצב*	מס' הזהות של הילד				ת. לידת הילד				שם הילד
*מצב - יש לציין את הספרה המתאימה למצב הילד ע"פ הפרוט הבא: 1. הילד בחזקת העובד / 2. הילד לא בחזקת העובד / 3. פטירת ילד									

נא לצרף לגבי כל תואר בנפרד: 1. אישור מהמוסד בו למדת על זכאות לתואר. 2. רישום הפנקס הממשלתי המתאים. 3. דיפלומה.	השכלה			ת. זכאות להשכלה הגבוהה ביותר				השכלה	
	מהנדס מוסמך	ראשון							
	לימודי תעודה	שני							
	הנדסאי שיניים	שלישי							
	תיכונית	הנדסאי מוסמך							
	על תיכונית	טכנאי מוסמך							

שאר בשר קרוב ביותר	שם משפחה	שם פרטי	יחס קרבה	כתובת	טלפון

נכות	ייש לצרף אישור רשמי מתאים בו יפורטו אחוזי הנכות ומקור הנכות	מקור הנכות	ביטוח לאומי	משהב"ט
		אחוז הנכות	%	%

משפחה שכולה בצה"ל (נא לסמן ולצרף אישור מתאים)	בן למשפחה שכולה	הורה שכול

חשבון בנק	שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון הבנק

- יש לוודא כי כל הפרטים שמולאו בטופס נכונים. אי מילוי הטופס כראוי יגרום פגיעה בזכויות העובד.
- יש לוודא כי פרטי חשבון הבנק נכונים (יש לאמת את הפרטים מול אסמכתא מהבנק).

הנני מצהיר בזה שכל הפרטים שמולאו בשאלון זה הם נכונים, שלמים ומדויקים והנני מתחייב להודיע על כל השינויים שיחולו במצב המשפחתי

תאריך _____ חתימת המועמד _____

ייפוי כח על חשבון בנק

אני הח"מ:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד

1. מצהיר כי כל תשלום שיועבר לחשבוני כאמור לעיל, יחשב כאילו שולם ע"י צה"ל לידי ממש וכאילו אושרה קבלתו בחתימת ידי.
2. אם יתברר כי העברתם לחשבוני, בבנק הנ"ל, סכומים שלא הגיעו לי, תהיו רשאים לדרוש מהבנק את הסכומים הנ"ל ולחייב את חשבוני בבנק ובחתימתי על גבי מסמך זה, הנני מיפה את כוחכם בייפוי כח בלתי חוזר למשוך מחשבוני, בכל עת, כל סכום שיתברר, עפ"י חשבונוכם כי לא הייתי זכאי לקבלו.
3. הנני מצהיר כי אם תשתמשו בייפוי כח זה, לא יהיו לי ולכל הבא מכוחי כל טענות כלפיכם ו/או כלפי הבנק.

חתימת המועמד

הצהרה

אני הח"מ:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד

1. ידוע לי שעם קבלתי להעסקה כע"צ יחשבו 60 החודשים הראשונים לעבודתי כתקופת ניסיון (ע"פ פרטיכל של הישיבה שנערכה בין משרד הביטחון לארגון עובדי צה"ל בתאריך 09/09/07) ומערכת הביטחון רשאית לפטרני ללא מתן הסברים בכל עת בתקופה זו תוך מתן הודעה מוקדמת.
2. ידוע לי כי בתוך תקופת הניסיון תיבדק התאמתו להעסקה במערכת הביטחון בהתאם להסכם הקיבוצי, פקודות בצבא והוראותיו החלות לגבי קבלת עובד(ת) צבא.
3. הסעיף בהסכם העבודה הודן במעמדו של העובד בתקופת הניסיון הובא לידיעתי ואני מצהיר(ה) בזה כי אני מסכים לכל הכתוב בו.
4. ידוע לי כי הצהרה זו אינה באה במקומו של ההסכם הקיבוצי המיוחד שבין הסתדרות הכללית והארגון הארצי לעובדי צה"ל לבין מערכת הביטחון החל עלי והצהרתי זו ניתנת אך ורק להסיר ספק בקבלתי אותו.
5. הובא לידיעתי שבהתאם לנאמר בהסכם הקיבוצי המיוחד בין מערכת הביטחון לבין ההסתדרות, עלי למסור הודעה מוקדמת אם רצוני להתפטר מעבודתי, לפי שעורי הזמן המפורטים בסעיף 9 של ההסכם הנ"ל. אם לא אודיע מראש, אחויב בתשלום בעבור הימים החסרים למכסת ימי ההודעה.
6. ידוע לי ואני מסכים, כי תשלומים שבוצעו ביתר או בטעות ייראו כמקדמה ע"ח תשלומים עתידיים ויהיו ניתנים לניכוי מהמשכורת או מתשלומים עתידיים אחרים.
7. א. הנני מאשר(ת) בזה את הצהרתי בחתימת ידי.

חתימה

תאריך

- ב. לאחר שקראתי בפני הנ"ל והסברתי לו/לה את הצהרתו/הצהרתה ומשמעותה, חתם/חתמה הנ"ל בפני ואני מאשר בזה הצהרתו/הצהרתה.

תאריך	מס' אישי	דרגה	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	חתימת הקצין מאשר הצהרה

הצהרה על שמירת סודיות

א. אני הח"מ:

מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד

1. מצהיר(ה) בזאת כי סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955 המובא להלן, הוקרא בפני והוסבר לי במלואו:
 סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955 קובע כדלהלן: "חייל אשר גילה או מסר ללא רשות אחד הדברים האלה:

- א. כתב סתרים, סיסמא, סימן הכר, או ידיעות על מספרם של כוחות הצבא, עמדותיהם, מקום הימצאם, הספקתם או מתקניהם, או על הכנות או על פקודות בנוגע לפעולותיהם או לתנועותיהם.
- ב. פרט חשוב בנוגע לתפקידו, שירותו או מקום שירותו בצבא, או לתפקידו, שירותו או מקום שירותו של חייל אחר בצבא, או כל פרט חשוב ביחס לצבא, שלפי פקודות הצבא או הנוהג הצבאי אין למסרו אלא למי שמוסמך לקבלו, בין שהידיעה נכונה ובין שאיננה נכונה, דינו – מאסר חמש שנים."

2. הנני מצהיר(ה) בזה כי תקנה 136 (1) לתקנות ההגנה (שעת חרום) – 1945 המובאת להלן הוקראה בפני והוסברה לי במלואה. התקנה האמורה קובעת: "כל אדם, פרט לחייל או שוטר הפועל בשעת מילוי תפקידו, אשר

א. משיג או

ב. רושם או

ג. מודיע לאדם אחר כלשהו או מפרסם, או

ד. מחזיק ברשותו מסמך כלשהו או רשום אחר כל שהוא המכילים – כל ידיעה אשר הינה, או מתיימרת להיות ידועה בקשר לעניין מן העניינים המנויים להלן, היינו מספרם, תיאורם, חימושם, ציודם, היערכותם, תנועותיהם, או מצבם של כל חייל או חלק מכוחות הצבא, או של המשטרה או ספינותיהם, כלי רכבם, אוירוניהם, מבצעייהם או מבצעייהם הנמצאים בתכנון, שבוייהם, תחמושתם המלחמתית או כל אמצעי להגנה או ביצור של כל מקום עבור המדינה או כל ידיעה, אשר הינה או מתיימרת להיות בעלת ערך צבאי – ייאשם בעבירה על תקנות ההגנה (שעת חרום) – 1945"

3. כמו כן הופנתה תשומת ליבי להוראות פקודות הסודות הרשמיים הדנות בחובתי לשמירת ואי גילוי ידיעה, תוכנית, תהליך, מסמך או חפץ אחר כל שהוא אשר הינם סודיים ו/או הנוגעים ו/או העשויים לנגוע בצורה כל שהיא לביטחון המדינה ו/או המיועדים לצרכי הצבא ומטרותיו ו/או אשר הינם או מתיימרים להיות בעלי ערך צבאי אשר יגיעו לידי בשעת שירות/עבודתי* ב-צה"ל והן לאחר תום שירות/עבודתי* ב-צה"ל וידוע לי כי אם אעבור עבירה על הוראות חוק מן החוקים המוזכרים לעיל, הנני צפוי לעונש של ארבע שנות מאסר.

4. הנני מתחייב(ת) בזה לא לגלות ו/או למסור, הן במישרין והן בעקיפין ללא רשות ממוסד צבאי מוסמך ידיעה, תוכנית, תהליך, מסמך או חפץ כל שהוא אחר, אשר הינם סודיים ו/או הנוגעים ו/או העשויים לנגוע בצורה כל שהיא לביטחון המדינה ו/או המיועדים לצרכי הצבא ומטרותיו ו/או אשר הינם או מתיימרים להיות בעלי ערך צבאי אשר הגיעו לידי בעבר, בזמן שירות/עבודתי* ב-צה"ל או לפניו(ה) ו/או אשר יגיעו לידיעתי בעתיד.

5. הנני מאשר(ת) את הצהרתי בחתימת ידי.

חתימה

תאריך

ב. לאחר שקראתי לפני הנ"ל והסברתי לו/לה את הוראות סעיף 57 של חוק השיפוט הצבאי תשט"ו-1955, פקודת הסודות הרשמיים ותקנה 136 לתקנות ההגנה (שעת חרום) 1945, ולאחר שהפניתי את תשומת ליבו/ליבה לעונש הצפוי לו/לה במקרה של עבירה של אחת מהוראות החו' המפורטות לעיל, חתם(ה) הנ"ל בנוכחותי.

תאריך	מס' אישי	דרגה	שם משפחה	שם פרטי	תפקיד	חתימת הקצין מאשר ההצהרה



יחידה: _____

טלפון: _____

תאריך: _____

מרכז תע"ץ/מדור קליטה

הנדון: טופס להכרת תפקיד לקליטה בדרוג טכנאים / מהנדסים ימולא ע"י קצין בדרגת אל"מ ומעלה

יחידה	יחידת משנה	תפקיד מבוקש

1. פרטים בנוגע לתפקיד:

א. התפקיד קיים מזה _____ שנים.

ב. השינוי שהביא לכך שהתפקיד מוגש כעת לוועדה (לתפקיד הקיים ביחידה מעל שנה): _____

ג. התפקיד עלה בעבר לוועדה **כן** / **לא** (מחק את המיותר) בשנת: _____
האם אושר **כן** / **לא**.

ד. אם מדובר בהרחבת תקן, יש לציין את מספר התקן _____
אושר בשנת _____, מספר תקנים (עמדות) שכבר אושרו _____.

2. תאור התפקיד: (מלל חופשי)

3. התקן יהיה כפוף מקצועית ל _____.

4. מאייש התקן יהיה כפוף פיקודית ל _____.

5. נוהלי עבודה מהם ניתן ללמוד על פעולותיו של העובד:

6. השכלה נדרשת למילוי התפקיד :

ב. תפקיד טכנאים\מהנדסים : השכלה הנדרשת למילוי התפקיד :
במגמה :
נושאי לימוד נדרשים :

7. האם נדרשת הפעלת צוות עובדים : כן / לא. (מחק את המיותר)

8. מידת האחריות הנדרשת מהעובד למילוי תפקידו :

9. פרוט פעילות מקצועית שלא מופיעה לעיל לרבות שימוש במתקנים ומכשירים :

10. חלוקת מטלות / פעילות בהפרדה לפעילויות טכניות ופעילויות שאינן טכניות :

מס'	תאור מטלה	סוג מטלה*	אחוז מסה"כ העבודה
1.			
2.			
3.			
4.			
	---	---	100%

* סוג מטלות : (תיעוד / רישום / פיקוד / ניהול בקרה / הפעלה / מעקב / תכנון / אחר (פרט)).

12. הצהרת המפקד: (בדרגת אל"מ)

הריני מאשר כי הפרטים שמולאו בטופס זה, הינם נכונים ומאושרים על ידי

תאריך	מ.א.	דרגה	תפקיד	חתימה וחותמת
-------	------	------	-------	--------------