



**משרד  
הבריאות**  
נחיים בריאים יותר



האקדמיה לסייעוד ברזילאי אשקלון  
בית המדרש לבריאות  
**ברזילאי**  
מגמת נרסות

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

ג.א.נ.,

### הנדון: הרשמה לתוכנית הסבת אקדמאים לסייעוד

**שמחנו לקבל את פנייתך ללימודים בנדון, מצורף בזה ערכת רישום  
עליך למלא ולהעביר אלינו את הטפסים הבאים:**

1. שאלון רישום.
  2. קורות חיים.
  3. הצהרת בריאות.
  4. הצהרה על היעדר רישום פלילי.
  5. 2 תמונות פספורט.
  6. תצלום תעודת תואר BA.
  7. תצלום תעודת זיהוי: דף עם התמונה והדף עם הכתובת.
  8. תצלום כרטיס קופ"ח.
  9. קבלה על תשלום דמי רישום בבנק הדואר.
- חובה לאמת במינהלת ביה"ס את צילומי המסמכים עם המקור.  
ערכה שתגיע ללא כל המסמכים או לאחר התאריך שנקבע, לא תטופל.

בברכת הצלחה,

שחי ליבנת  
רכזת מדור רשום

עודכן – 2020

**The Academic Barzilai School of Nursing**

**The Barzilai University Medical Center, (Registered Endowment)**

Hahistadroust St 2, Ashkelon 7830604, Israel

**Tel** (972)-8-6745522/4

**Fax** (972)-8-6745523

**Email** schoolb@bmc.gov.il

[www.bmc.gov.il](http://www.bmc.gov.il)

**האקדמיה לסייעוד ברזילאי אשקלון**

**ליד המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילאי**

ההסתדרות 2, מיקוד 7830604 אשקלון

**טל** 08-6745522/4

**פקס** 08-6745523

**אימייל** schoolb@bmc.gov.il



**משרד  
הבריאות**  
נחיים בריאים יותר



## **פרטים על תוכניות הלימודים** **תוכנית לימודים - מסלול הסבה רגיל**

תוכנית הלימודים מבוססת על תוכנית הליבה של משרד הבריאות – מינהל הסיעוד.

### **מבנה התוכנית**

1. מועד פתיחה – 13.10.2020
2. משך הלימודים - שנתיים וחצי
3. ימי לימוד - שלושה עד חמישה ימים בשבוע, בין השעות 08:00-15:00

### **שכר הלימוד:**

1. עלות התוכנית בשנה שעברה היתה - 23,900 ₪ בכפוף להחלטת מינהל הסיעוד (במידה ויהיה שינוי תעודכן בהמשך).
2. ניתן לקבל הלוואה עומדת בגובה 50% משכר הלימוד (פרטים במינהלה ביה"ס).
3. דמי הרשמה - 240 ₪, במקרה של ביטול הלימודים, **דמי ההרשמה לא יוחזרו**.

\* פתיחת הקורסים מותנה במס' הנרשמים ובאישור משרד הבריאות.

**The Academic Barzilai School of Nursing**

**The Barzilai University Medical Center, (Registered Endowment)**

Hahistadroust St 2, Ashkelon 7830604, Israel

**Tel** (972)-8-6745522/4

**Fax** (972)-8-6745523

**Email** schoolb@bmc.gov.il

[www.bmc.gov.il](http://www.bmc.gov.il)

**האקדמיה לסיעוד ברזילי אשקלון**

**ליד המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי**

ההסתדרות 2, מיקוד 7830604 אשקלון

**טל** 08-6745522/4

**פקס** 08-6745523

**אימייל** schoolb@bmc.gov.il



**תמונה**

נא לצרף 2 תמונות פספורט

## שאלון רישום

### פרטים אישיים:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_  
(כפי שרשום בת.ז.)

שם משפחה קודם \_\_\_\_\_ סיבת השינוי \_\_\_\_\_

שם פרטי קודם \_\_\_\_\_ סיבת השינוי \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_  
עיר \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טל' בבית \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ טל' נייד \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

תאריך לידה מדויק \_\_\_\_\_ ארץ לידה \_\_\_\_\_

תאריך עלייה \_\_\_\_\_ דת \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_

מצב משפחתי \_\_\_\_\_ מספר ילדים \_\_\_\_\_

שם בן/בת הזוג \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

שנת לידה \_\_\_\_\_ עיסוק \_\_\_\_\_

מקום עבודתך הנוכחי \_\_\_\_\_

תפקיד \_\_\_\_\_

זכאות לבגרות: כן/לא \_\_\_\_\_ תואר אקדמי: MA/BA תחום: \_\_\_\_\_

תואר אקדמי מהארץ/חו"ל \_\_\_\_\_ אוניברסיטה/מכללה: \_\_\_\_\_

ציון פסיכומטרי \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

עודן – 2020



תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## הצהרה על היעדר הרשעה בעבירה פלילית

יש להקיף בעיגול את התשובה .

1. אני \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, מצהיר/ה בזאת כי הורשעתי/לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בארץ או בחו"ל. במידה והורשעת, נא פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצוע והעונש שנפסק:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. אני מצהיר/ה, כי מידע זה נכון ומדויק ובמידה ויוכח אחרת, עשוי הדבר להוות עילה להפסקת לימודי, זאת לאחר שתינתן לי זכות לשימוע.

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני החת"מ מסכים/ה כי יועבר למשרד הבריאות מידע על הרשעתי מהמרשם הפלילי המתייחס אלי וכן אני מסכים/ה שיימסר מידע כאמור, מרשויות הסמכה בארץ ובחו"ל.

אני מוסר/ת מידע זה מתוך ידיעה שיישמר בסוד וכי הוא ישמש רק לעניין לימודי סיעוד ורישום בפנקס האחות או שדרוג מקצועי.

חתימת המועמד/ת

שם המועמד/ת

תאריך: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## נוהל הצהרת העדר רישום פלילי - מועמדים ללימודים בבית ספר לסייעוד

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית ארצית, או לחוג או למגמה אוניברסיטאית בסייעוד, יצהיר בעת ההרשמה בפני הנהלת ביה"ס, החוג או המגמה האוניברסיטאית, כדלקמן:

לעניין הרישום הפלילי:  
המועמד יצהיר כי ידוע לו:

1. שעפ"י תקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי החולים), התשמ"ט-1988, סעיף 5 (א):  
"זכאי להיות רשום בפנקס אזרח או תושב ישראל בן 18 שנים או יותר, שהוכיח להנחת דעתה של האחות הראשית כי הוא בעל הכשרה מקצועית כאמורה בתקנות אלה וכי יש לו ידיעה בסיסית, לפחות, בעברית וכי לא הורשע בעבירה שדינה מאסר שיש בה, לדעת האחות הראשית, כדי למנוע עיסוק בסייעוד"
2. שעפ"י תקנות בריאות העם (צוות סיעוד במרפאות), התשמ"א-1981, סעיף 11:  
"המנהל רשאי להורות שלא לרשום בפנקס אדם, אף אם נתמלאו התנאים האמורים בתקנה 4, אם המבקש הורשע בעבירה שיש עמה קלון או שיש בה כדי להראות שהוא חסר האחריות הדרושה לעיסוק בסייעוד, וטרם חלפו עשר שנים אחרי שריצה את עונשו או אחרי שנסיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52 (ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכל לפי העניין ולפי המאוחר יותר, ובלבד שנתן הזדמנות למבקש לטעון טענותיו"
3. שעפ"י חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6:  
"מסירת מידע לשם פעולה מי שהוסמך על-פי חיקוק לתת, לחדש או לבטל רשיון היתר, זכות עיסוק או זכות אחרת (להלן – זכות), ולשם כך הוא רשאי על-פי אותו חיקוק להביא בחשבון את עברו הפלילי של מבקש הזכות, של בעל הזכות או של אדם אחר הנוגע בדבר, תמסור לו המשטרה מידע מן המרשם על כל אחד מאלה או הוא הסכים לכך"
4. כל הרשעה פלילית תבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי. למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

שם המועמד/ת \_\_\_\_\_ חתימת המועמד/ת \_\_\_\_\_



## טופס הצהרת בריאות

הצהרת בריאות זו מיועדת למילוי על-ידי המועמדים לתואר אחר/ות מוסמך/ת.

אני החתום/ה מטה:

שם \_\_\_\_\_ מס' ת. זהות \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כדלהלן:

1. בעבר חליתי במחלות הבאות \_\_\_\_\_

2.  לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים \* מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

מהסיבות הבאות \_\_\_\_\_

3.  אינני נמצאת/בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי.

אני נמצאת/בטיפול רפואי של \_\_\_\_\_

מהסיבות הבאות \_\_\_\_\_

4.  למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא.

אני לוקה במחלות הבאות \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ולראיה באתי על החתום.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המועמד/ת: \_\_\_\_\_

\* אם אושפזת יותר מפעם אחת, נא לצרף להצהרה זו מסמך נוסף ובו פרטי אשפוזים אלה (שם ביה"ח, מועדי האשפוז וסיבותיו).

עודכון-2020

תאריך: \_\_\_\_\_

