

שלום רב,

מצ"ב טופסי רישום ללימודים בתכנית הסבת אקדמאים לסייעוד.

הנך מתבקש/ת למלא את השאלון ולהחזירו למזכירות סטודנטים בצירוף המסמכים הבאים:

- תעודת גמר לתואר BA (מקור להצגה בלבד + צילום) – תואר חייב להיות מוכר ע"י המל"ג לבעלי תואר מחו"ל יש לצרף אישור משרד החינוך על הכרה בתואר.
- תצלום תעודת זהות, כולל הספח שבו מופיעים הפרטים האישיים (מקור להצגה בלבד + צילום)

בתעודה ביומטרית יש לצלם גם את הצד השני

- 2 תמונת פספורט.
- קורות חיים (מודפס).
- אישור על תשלום דמי הרשמה על סך 240 נח שישולמו באמצעות העברה/הפקדה בנקאית: יש לזכות חשבון מס' 25000 סניף ירושלים/חולון עסקים (436) של בנק הפועלים בע"מ -

הסתדרות מדיצינית הדסה ולצרף אישור התשלום/העברה.

את השאלון המלא בצירוף כל המסמכים, יש לסרוק ולשלוח למייל הר"מ ולאחר מכן להעביר את המסמכים המקוריים ידנית – כשיתואם זמן לראיון/מבחן התאמה:

- תעודות מקוריות יוצגו בהגיעכם לבית הספר למבחן/ראיון.
- פתיחת התוכנית מותנית במספר נרשמים

בכבוד רב,

ספיר בלכר – מזכירת תכנית ההסבה

02-6776439

studsec@hadassah.org.il



טופס רישום לתכנית הסבת אקדמאים לסייעוד לבעלי תואר אקדמי

שם משפחה (בעברית) _____ (בלועזית) _____

שם פרטי (בעברית) _____ (בלועזית) _____

מס' ת.ז. _____ מין : ז / נ

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ תאריך עליה _____

מצב משפחתי _____ מס' ילדים _____ גיל ילדים _____

כתובת קבועה: _____

טלפון בבית _____ סלולארי _____

דואר אלקטרוני: _____

מקצוע _____ עיסוק _____

תואר: BA / MA / PHD תחום התואר: _____ מוסד: _____

האם למדת מקצוע סיעוד בעבר: כן / לא

אם כן ציין היכן ומתי ואת סיבת הפסקת הלימודים:

ידיעת שפות:

1 - ידיעה טובה 2 - ידיעה בינונית 3 - ידיעה מועטה

שפה	קריאה	כתיבה	דיבור
עברית			
אנגלית			
אחר:			



השכלה:

שם המוסד	שנת סיום	תעודה/תואר
		אוניברסיטה
		אחר/נוסף

מקומות עבודה בארץ:

שם המוסד	תאריכי העבודה	תפקיד	סיבת סיום העבודה

פרטי הסיבות לרצונך בהסבה מקצועית:

האם ואיך נערכת לתקופת הלימודים? (שכר לימוד, דיור, דמי מחייה, מלגות / הלוואות)
פרטי:



מה הביא אותך לבחור במקצוע ולהירשם לביה"ס לסייעוד שלנו?

--- היכרות קרובה עם אחים / אחיות

--- היכרות עם סטודנטים/ חברים שלומדים בביה"ס.

--- היכרות עם סטודנטים הלומדים בבתי ספר אחרים

--- אתר אינטרנט של ביה"ס

--- אתר אינטרנט אחר: איזה אתר _____

--- יום פתוח

--- סיבה אחרת _____

שם המועמד/ת _____ חתימת המועמד/ת _____ תאריך _____



הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת _____ מספר טלפון _____

מצהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):

1. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

2. בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות, אנא פרטי:

3. אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.
אנא פרטי:

4. לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

אושפזתי בבית חולים: _____ מתאריך _____ עד תאריך _____

מהסיבות הבאות _____

6. אינני סובל/ת מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות

אני סובל/ת מליקויי למידה הבאים: _____
ובגינם נזקקתי להקלות להלן: _____

7. אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר לבית הספר.

**אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים ביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.
במקרה זה ביה"ס יהיה רשאי לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.**

ולראיה באתי על החתום להלן:

תאריך: _____ חתימה: _____

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
JERUSALEM

מנהל הסייעוד
NURSING DIVISION
ירושלים

נוהל הצהרת העדר רישום פלילי –
מועמדים ללימודים בבתי ספר לסייעוד

מועמד ללימודי סיעוד וקורסים על בסיסיים בבתי ספר לסייעוד, שהכירה בהם האחות הראשית הארצית, 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 המורים 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 שרצה את עונשו או אחרי שנסתיימה תקופת התנאי לפי סעיף 52(ב) לחוק העונשין, התשל"ז-1977, הכול 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 רישיון, 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 אם הוא הסכים לכך".

4. כל הרשעה פלילית תיבדק גם לקראת הדיון ברישום המועמד/ת בפנקס, או שדרוגו המקצועי.
למועמד/ת תינתן זכות שימוע לפני קבלת החלטה.

חתימת המועמד

שם המועמד



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
MINISTRY OF HEALTH
JERUSALEM

מנהל הסייעוד
NURSING DIVISION
ירושלים

תאריך: _____

הצהרה על העדר 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 והורשעתי, נא
פרט/י העבירה, נסיבותיה, מועד ביצועה והעונש שנפסק:

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

3. בהתאם לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א-1981, סעיף 6, אני הח"מ מסכים/ה כי יועבר
למשרד הבריאות מידע על הרשעות 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 סייעוד ורישום בפנקס
האחות או שדרוג מקצועי.

שם המועמד _____ חתימת המועמד _____



טופס התחייבות לקבלת חיסונים

במטרה להבטיח את בריאותך במהלך הלימודים ובכפוף להנחיית משרד הבריאות מתאריך 7.1.2016, הנך נדרש/ת לבצע את החיסונים שנקבעו ע"י משרד הבריאות (הפירוט המלא יינתן עם הודעת הקבלה ללימודים ומועמד אשר החליט ללמוד יחל את חיסוניו לפני תחילת שנה"ל)

תלמיד/ה שלא ימלא/תמלא אחר הוראות החיסונים לא יוכל/תוכל להמשיך את לימודיו/ה לשנה ב'

מס' ת.ז.

שם פרטי ושם משפחה

תאריך

חתימת התלמיד/ה



כתב ויתור על סודיות רפואית

אני החתום(ה) מטה:

שם פרטי ושם משפחה: _____ מס' ת.ז. _____

כתובת: _____

מבקש(ת) בזה למסור להנהלת ביה"ס לסייעוד של הדסה ירושלים ו/או לכל מי שמונה על ידה לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שיבקשו ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בתכנית הסבת אקדמאים לסייעוד (להלן "התקופה הקובעת"), לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – כל מידע ביחס למחלות ופגיעות גופניות ו/או נפשיות, אשפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות וכל כיו"ב.

בחתימתי על מסמך זה, אני פוטר(ת) מפורשות כל מי שימסור למורשים מידע רפואי כאמור לעיל, מחובת הסודיות החלה, או זו שתחול עליו על פי דין, הסכם ו/או נוהג ומאשר(ת) ומצהיר(ה) כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות כלפי מי שימסור מידע כאמור למורשים במהלך התקופה הקובעת.

כתב הוראות ויתור זה יהא בר-תוקף כלפי כל גורם שבידיו מצוי, בעת חתימתו, או שיומצא במהלך התקופה הקובעת, מידע רפואי בהתייחס אלי. לרבות – אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל – משרד הבריאות, משרד הביטחון ושלטונות צה"ל, קופות החולים, בתי החולים, רופאים וכיו"ב.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך" _____ חתימה _____



הנדון: התנדבות בשעת חירום

בשעת חירום, כדי למלא שורות חסרות, אנו נעזרים במתנדבים מבין תלמידנו.

באם הנך מעוניין/ת להימנות בין המתנדבים לפעילות בביה"ס או בביה"ח (בהתאם לנדרש), נבקשך למלא את הפרטים בספח דלהלן ולהחזירו למזכירות ביה"ס.

תודתנו נתונה מראש.

אל: ביה"ס לסייעוד "הדסה"

הנדון: התנדבות בשעת חירום

אני מעוניין/ת להתנדב בשעת חירום לפעולות בביה"ס או בביה"ח (בהתאם לנדרש).

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מס' ת.ז. _____

כתובת פרטית:

שם ישוב _____ רחוב _____ בית מס' _____ מיקוד _____ טלפון _____ נייד _____

תאריך: _____ חתימה: _____



טופס אישור העברת פרטים אישיים

אני הח"מ מאשר/ת בזאת לביה"ס לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים להעביר את נתוני האישיים לגורמים שונים בהדסה כגון: מח' ביטחון, משאבי אנוש, ספרייה, הנהלת הסיעוד וכד'.

תאריך

חתימה

ת.ז.

שם פרטי ושם משפחה



התחייבות סטודנט לשמירת סודיות

לכבוד
הסתדרות מדיצינית הדסה
ירושלים

ולכבוד
בית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של
הדסה ירושלים

א. ג. נ.,

אני הח"מ _____ ת.ז. _____

- מאשר/ת בזה כי אני תלמיד/ה בבית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד של הדסה ירושלים.
- ידוע לי כי במסגרת עבודתי ו/או לימודי ו/או הכשרתי יבוא לידיעתי מידע הנוגע לפעילות של הדסה, של עובדים בה ושל אחרים הקשורים בה, וכן מידע הנוגע לצדדים שלישיים ומטופלים, ספקים וגורמים שונים (להלן - המידע).
- ברור לי שעלי לשמור על סודיות מוחלטת של המידע כדי להגן על זכויות ואינטרסים של הדסה ואחרים. התחייבותי זו מתייחסת בין היתר במפורש ובמיוחד לשמירת הסודיות הרפואית ולהגנת הפרטיות של המטופלים וידוע לי כי אני מחויב/ת לכך בחוק.
- ידוע לי כי אסור לי למסור מידע כלשהו הקשור במטופלים ובטיפולים בהם אלא לצורך עבודתי.
- לפיכך אני מתחייב/ת להשתמש במידע אך ורק לביצוע לימודי
- בנוסף על האמור בסעיף 3 אני מתחייב/ת לשמור את המידע בסודיות מוחלטת, לא לגלותו לאיש ולנקוט בכל האמצעים שברשותי כדי למנוע גילוי המידע לאחרים. על אף האמור לעיל מסירת מידע לחברי ללימודים, ולאחרים בהסכמת המטופל או אם אחויב לכך בדין, לא תחשב כהפרת התחייבותי זו.
- אני מתחייב/ת שלא לשמור ברשותי, ושלא להוציא מתחומי הדסה כל מסמך, מקור או העתק שהגיע אלי במסגרת לימודי ו/או הכשרתי אלא אם יהא הדבר הכרחי, והמסמך יוחזר לתחומי הדסה מיד עם ביטול ההכרח.
- אני מתחייב/ת למסור לכם מיד עם דרישתכם הראשונה כל מסמך כנ"ל, בין שיהיה ברשותי ובין שיהיה ברשות צד ג', לו יימסר המידע.
- לא אסייע ולא ארשה לכל אדם להשתמש במידע שיובא לידיעתי.
- התחייבות זו הינה לצמיתות ותישאר בתוקף גם לאחר סיום לימודי בהדסה.
- מבלי לפגוע או לגרוע מכל זכות וסעד העומדים לכם לפי הדין, הפרת התחייבותי זו או כל חלק ממנה, תזכה אתכם בפיצוי מוסכם ומוערך מראש בסך השווה ל- 5000 ש"ח.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: _____ חתימה: _____

עד לחתימה: שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____



אישור לשימוש בצילומים

במסגרת הכנת חומרים שיווקיים (תמונות, סרטים) על בית הספר שישמשו לצורך שיווק בית הספר במדיה (עיתונות כתובה ומשודרת, פייסבוק וכדומה) אנו מצלמים סיטואציות שונות המשקפות את חוויית הלימודים בבית ספרנו.

הנך מתבקש/ת לחתום על הסכמה או אי הסכמה להשתתפות בצילומים אלה.

השימוש בצילומים יהיה אך ורק לצרכי פרסום בית הספר לסייעוד של הדסה

אני הח"מ:

מאשר/ת להשתתף בצילומים אלה

לא מאשר/ת להשתתף בצילומים אלה

חתימה

ת.ז.

שם התלמיד/ה

תאריך



תאריך: _____

לכבוד :

הנדון: בקשה לאימות תואר אקדמי / זכאות לתואר / שקילה לתואר

שם מלא: _____ ת"ז: _____

הנ"ל הציג בפנינו אישור זכאות לתואר / תואר (מצ"ב).
נודה לאישורכם כי האישור הונפק ע"י מוסדכם וכי הפרטים בו נכונים.
מצ"ב כתב ויתור סודיות של הנ"ל
בברכה,
מזכירות בית הספר לסייעוד הדסה
02-6776439

טופס ויתור על סודיות

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת"ז _____

נותן בזאת רשות ל: _____ למסור

להנהלת בית הספר לסייעוד הדסה את הפרטים הנוגעים ל תעודה האקדמית/

אישור השקילות שלי, ובכל אופן שידרוש המבקש אודות התעודה.

אני משחרר את _____ משמירת

סודיות, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע לאימות התעודה או מידע כאמור

ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש.

על החתום: _____ תאריך: _____