

## מועמד/ת נכבד/ה,

אנו מודים לך על פנייתך להירשם לתוכנית השתלמות מוכרת בסייעוד (קורס על בסיסי), בביה"ס האקדמי לסייעוד ליד המרכז הרפואי קפלן.

### להלן הדרישות לרישום לקורס ולתהליך המיון:

(1) הצגת מקור וצילום של תעודת אחות מוסמכת ברישוי משרד הבריאות בישראל.

(2) הצגת מקור וצילום של תעודת תואר ראשון מוכר ע"י משרד החינוך

(3) תמונת פספורט

(4) מקור וצילום תעודת זהות כולל ספח (ביומטרי יש לצלם משני צדדים)  
יש לשלם לב שבספח מצוין אזרחות ישראלית/תושב קבע, במידה ולא - יש לצרף זרפון.

(5) מבחן ממיין- עמידה במבחן ממיין, והצגת אישור תקף מ 3 השנים האחרונות

זכאות לפטור מהמבחן הממיין בהצגת: תעודה המעידה על תואר שלישי-Phd או תעודת רישום המעידה על

השתלמות מוכרת מ-5 השנים האחרונות או אישור חתום של מינהל הסייעוד המעיד על ציון 70 לפחות

במבחן

רישום ממשלתי למעמד אחות/מוסמך/ת, מ-4 שנים אחרונות.

לבירורים בנושא זה ניתן לפנות למוקד מנהל הסייעוד בטלפון \*5400

(6) דמי רישום - גובה דמי הרישום לקורס הכשרה מתקדמת בסייעוד הינו 100 ₪.

(7) ערכת רישום מלאה (מצורפת) כולל חוות דעת הממונים על המועמד להשתלמות

לתשומת לבך:

- פתיחת הרישום במהלך חודש מאי, בשנה הקודמת למועד פתיחת הקורס
- סגירת הרישום לקורסים בהתאם להנחיות מנהל הסייעוד 30/7 בשנה הקודמת למועד פתיחת הקורס
- שנת הלימודים בקורסים השונים תתחיל בחודש ינואר.
- לבוגרי בתי הספר לסייעוד במסלול האקדמי, הניגשים למבחן הרישוי הממשלתי במהלך חודש ספטמבר, רישום וקבלה לקורסים על פי הנחיות מנהל הסייעוד.

### מיון לקראת קבלה:

1. המיון יעשה רק בין המועמדים שעמדו בכל תנאי הקדם.
2. עדיפות בקבלה תינתן למועמדים שנשלחו מהמוסד המעסיק.
3. מיון וקבלת מועמדים, היא באחריות וסמכות מנהלת ביה"ס בו מתקיים הקורס.

### קבלה להשתלמות מוכרת:

1. הודעה על קבלה או אי קבלה להשתלמות תימסר למועמד בכתב.
2. פרסום החלטת ועדות המיון והקבלה לקורסים יתבצע במהלך חודש דצמבר.
3. החלטת ביה"ס על קבלה של מועמד, כוחה יפה רק לאותה שנת לימודים. מועמד שהתקבל ולא מימש זכותו ללימודים ומעוניין ללמוד בשנת לימודים אחרת, חייב להציג מועמדותו בשנית.

לפרטים נוספים ניתן לפנות לגב' אסקדר טדסה

מענה טלפוני: בטל': 08-9440033 דוא"ל: [askedarta@clalit.org.il](mailto:askedarta@clalit.org.il)

קבלת קהל: בימים א' - ד', בין השעות 09:00-13:00 (בימי ה' - אין קבלת קהל)

לצורך רישום נדרש להגיע עם ערכת הרישום המלאה למזכירות הקורסים, בשעות קבלת הקהל.

**שימו לב: אין אפשרות לצלם מסמכים במזכירות, ניתן לצלם בתשלום בעמדות הצילום בספרייה**

הסדרת התשלום תבצע בהנהלת חשבונות בביה"ס רק לאחר הגשת הטפסים.

להסדרת תשלום יש לפנות לגב' נזי ששואשוילי

דוא"ל: [nazisha@clalit.org.il](mailto:nazisha@clalit.org.il) טלפון: 08-9441563.

## אנו מאחלים לך הצלחה

ד"ר הילה תם  
מנהלת קמפוס קפלן

- פתיחת קורס מותנית באישור מנהל הסייעוד, במספר נרשמים ובהסדרת התשלום.
- קבלה בהתאם להנחיות המנהל, הכללית ותקנון ביה"ס.

**פרטי מקום העבודה:**

שם הקורס המבוקש:

מרפאה/מחלקה \_\_\_\_\_  
 בית חולים/מחוז \_\_\_\_\_  
 מנהלת הסייעוד \_\_\_\_\_

**שאלון קבלה למועמד/ת לתכנית להתמחות בסייעוד**

חלק א' (מילוי ע"י המועמד/ת)

**פרטים דמוגרפיים:**

|                                   |  |             |  |                 |  |
|-----------------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| שם פרטי:                          |  | שם משפחה:   |  | שם משפחה קודם:  |  |
| מס' ת.ז.:                         |  | שם האב:     |  | מין:            |  |
| תאריך לידה:                       |  | ארץ לידה:   |  | תאריך עליה:     |  |
| מצב משפחתי:                       |  | מס' ילדים:  |  |                 |  |
| כתובת מגורים:                     |  | עיר:        |  | מיקוד:          |  |
| מען למכתבים:                      |  | עיר:        |  | מיקוד:          |  |
| טלפון בבית:                       |  | טלפון נייד: |  | טלפון להתקשרות: |  |
| דוא"ל (נא להקפיד על כתב יד קריא): |  |             |  |                 |  |

**הסמכה מקצועית:**

שם בית הספר לסייעוד (בארץ) \_\_\_\_\_  
 שנת תחילת הלימודים \_\_\_\_\_ שנת סיום לימודים \_\_\_\_\_  
 מספר רישום ממשלתי \_\_\_\_\_ תאריך הוצאתו \_\_\_\_\_

**השכלה אקדמאית:**

| תחום | שם המוסד | שנת סיום | התואר |
|------|----------|----------|-------|
|      |          |          |       |
|      |          |          |       |
|      |          |          |       |

**קורסים על בסיסיים מוכרים בסייעוד:**

| שם הקורס | תאריך סיום | מספר רישוי |
|----------|------------|------------|
|          |            |            |
|          |            |            |
|          |            |            |

**מקום עבודה נוכחי:**

| מחוז/בית חולים | מרפאה/מחלקה | מספר טלפון ישיר בעבודה |
|----------------|-------------|------------------------|
|                |             |                        |
|                |             |                        |

היקף המשרה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

**ניסיון מקצועי:**

| שם המוסד | מחלקה/מרפאה | תפקיד | משנה | עד שנה |
|----------|-------------|-------|------|--------|
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |
|          |             |       |      |        |

**שפות:**

|        | מדבר/ת | קורא/ת | כותב/ת |
|--------|--------|--------|--------|
| עברית  |        |        |        |
| אנגלית |        |        |        |
| אחרת   |        |        |        |

האם נרשמת למוסד הכשרה נוסף לקורס על בסיסי, בשנה"ל הנוכחית? כן / לא

במידה והתשובה היא חיובית, אנא פרטי לאיזה מוסד הכשרה נרשמת ולאיזה קורס

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

המניעים לבקשתך להשתתף בקורס:

---

---

---

---

---

במה לדעתך תוכלי לתרום למקום עבודתך לאחר סיום הקורס?

---

---

---

---

---

**למועמדים לקורס הדרכה קלינית:**

בהתאם להנחיות מנהל הסייעוד, על המועמד להצהיר על התחייבותו לעסוק בהדרכה קלינית:  
הנני מצהיר כי אני מתחייב לעסוק בהדרכה קלינית בשדה בו אני מועסק, הצהרה זו מחייבת אותי בהתאם להנחיות מנהל הסייעוד.

---

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

חלק ב' (ימולא ע"י הממונה הישיר/ה)  
**חוות דעת על מועמד/ת לתכנית להתמחות בסייעוד**

לפניך מספר היגדים אודות תפקודה של המוערכת, אנא סמני X בעמודה המתאימה  
שם המועמד/ת: \_\_\_\_\_

**ידע מקצועי/מקצועיות בביצוע התפקיד:**

| טוב מאוד | טוב | בינוני | למטה מבינוני | עד כמה ההיגד הבא מאפיין את המוערכת/ת:                  |
|----------|-----|--------|--------------|--|
|          |     |        |              | 1. בעלת ידע מקצועי                                     |
|          |     |        |              | 2. מיישמת עקרונות מקצועיים בעבודתה/ה                   |
|          |     |        |              | 3. לוקחת חלק בפעולות הדרכה היזומות ע"י המוסד           |
|          |     |        |              | 4. בעלת יוזמה אישית בהרחבת השכלתה ומיומנותה/ה המקצועית |
|          |     |        |              | 5. מהווה מודל לחיקוי מקצועי לאחרים                     |
|          |     |        |              | 6. פועלת בתושייה במצבי לחץ                             |

**התנהגות אישית:**

| טוב מאוד | טוב | בינוני | למטה מבינוני | עד כמה ההיגד הבא מאפיין את המוערכת/ת:                 |
|----------|-----|--------|--------------|---|
|          |     |        |              | 1. תורמת לאווירה חיובית בסביבת העבודה                 |
|          |     |        |              | 2. מופיעה לעבודה בזמן                                 |
|          |     |        |              | 3. עובדת בחריצות                                      |
|          |     |        |              | 4. בעלת נכונות להיענות לצרכי המחלקה/מרפאה             |
|          |     |        |              | 5. מגיבה בסובלנות למטופלים ולחברי הצוות               |
|          |     |        |              | 6. שומרת על תקשורת תקינה עם ממונים                    |
|          |     |        |              | 7. מקיימת קשרי עבודה נאותים והוגנים עם עמיתים וכפיפים |

**מיומנויות ניהוליות:**

| לא רלוונטי | טוב מאוד | טוב | בינוני | למטה מבינוני | עד כמה ההיגד הבא מאפיין את המוערכת/ת:                        |
|------------|----------|-----|--------|--------------|--|
|            |          |     |        |              | 1. מהווה סמכות מקצועית                                       |
|            |          |     |        |              | 2. מנחה עובדים ברמה מקצועית                                  |
|            |          |     |        |              | 3. מבקרת את ביצוע העובדים עליהם ממונה                        |
|            |          |     |        |              | 4. מיישמת/ת ביעילות שינויים וחידושים בסביבת עבודתה לפי הצורך |
|            |          |     |        |              | 5. מקובל להתייעץ בשיקול דעתו/ה המקצועית                      |
|            |          |     |        |              | 6. זוכה לאמון מצד כפיפה                                      |
|            |          |     |        |              | 7. בעלת מיומנות ניהול מויימ בנושאים הקשורים בעבודה           |

סיכום המעריכה:

---



---



---

שם המעריכה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

טלפון ליצירת קשר: \_\_\_\_\_

התקופה שהמעריכה/ה מכירה את המוערכת/ת: \_\_\_\_\_

---



---

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**חלק ג' - מומלץ לצרף כחוות דעת בלבד, גם למי שאין השתתפות של המוסד**

**חוות דעת על מועמד/ת לתכנית התמחות בסייעוד - לשימוש מנהלת הסייעוד בלבד**

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| שם המועמד                  | ת.ז.                              |
| שם המוסד המעסיק            | מחלקה / מרפאה / יחידה             |
| תאריך תחילת העבודה במוסד   | תאריך תחילת העבודה במחלקה / מרפאה |
| היקף המשרה בה מועסק המועמד | מספר שנות וותק כאח/ות מוסמכ/ת     |
| תפקיד נוכחי של המועמד      | תחום ההכשרה הנדרש                 |

|                      |
|----------------------|
| חוות דעת על המועמד : |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |
|                      |

מידת נחיצות ארגונית להכשרת המועמד (סמן V בעמודה המתאימה)

| הכרחי ודחוף | נחוץ במידה רבה | מומלץ אך לא מחייב | אין צורך מערכתי | לא רצוי |
|-------------|----------------|-------------------|-----------------|---------|
| 5           | 4              | 3                 | 2               | 1       |
|             |                |                   |                 |         |

המועמד/ת נשלחת ללימודים מטעם המוסד כן / לא (נא לסמן בעיגול)

שם מנהלת הסייעוד במוסד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_



**התחייבות לעדכון פרטי מקום עבודה**

אני \_\_\_\_\_ שם פרטי  
 \_\_\_\_\_ שם משפחה  
 \_\_\_\_\_ ת.ז.

מתחייבת/ת כי ביום פתיחת הקורס: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_  
 שם הקורס

אני עובד/ת כאח/ות מוסמך/ת ב: \_\_\_\_\_ מחלקה  
 \_\_\_\_\_ ביה"ח

הנני מתחייבת/ת לידע בכתב את הנהלת ביה"ס לסייעוד (באמצעות מזכירות הקורס) על כל שינוי שיחול  
 במקום עבודתי במהלך הקורס.

\_\_\_\_\_ תאריך  
 \_\_\_\_\_ חתימה

אד 12/27 מאי 23

**כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד**  
**עבור תכנית הלימודים בביה"ס לסייעוד.**

**חלק א' - פרטים אישיים**

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| <b>אני:</b>                 | <b>ת.ז.:</b>       |
| <b>כתובת:</b>               |                    |
| <b>טלפון נייד:</b>          | <b>טלפון נוסף:</b> |
| <b>כתובת דוא"ל:</b>         |                    |
| <b>לומד / מועמד לתכנית:</b> |                    |
| <b>מועד פתיחה:</b>          | <b>מועד סיום:</b>  |

**חלק ב' - מהות ההתחייבות**

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלהלן:

- שכר הלימוד בו אני מתחייב לעמוד הוא בגובה של \_\_\_\_\_ ₪.
- ידוע לי שאני מחויב לשלם שכר לימוד כפי שאדרש בהתאם להנחיות משרד הבריאות ותקנון ביה"ס לסייעוד.
- ידועים לי הכללים והתנאים לתשלום שכר הלימוד בתכנית בה אני משתתף ואני מתחייב לנהוג על פיהם.
- ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר לימוד כפי שאדרש.
- ידוע לי כי במידה ויופסקו לימודי, תהא הסיבה לכך אשר תהא, ייגבה ממני שכר לימוד באופן יחסי בהתאם לתאריך בו הודיע לי ביה"ס על הפסקת לימודי או לחלופין המועד בו התקבל מכתב בחתימתי המודיע למנהלת ביה"ס על החלטתי להפסיק לימודים.
- ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כל עוד לא השלמתי את שכר הלימוד כנדרש.
- ידוע לי כי אם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד כנהוג.
- ידוע לי שאם לא אעמוד בתנאים ובכללים הנדרשים לתשלום שכר הלימוד, רשאי ביה"ס להפסיק את לימודי לאלתר, ללא התראה נוספת.

חתימת הסטודנט: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_

1

## משתלם יקר

בהתאם לנוהלי משרד הבריאות

"תלמידי מקצועות הבריאות, במשך לימודיהם הקליניים, ובעיקר כאשר יעבדו במקצועם, יהיו חשופים להדבקה במחוללי מחלות מדבקות קשות. בנוסף הם עלולים להדביק במחוללים אלו את מטופליהם. מסיבה זו קבע משרד הבריאות כי עליהם להיות מחוסנים נגד המחלות הקשות החשובות נגדן קיים חיסון בטוח ויעיל כמו כל עובדי הבריאות". בהתאם להנחיות לומד יורשה להיכנס למחלקות האשפוז להתנסות קלינית **רק לאחר** שהשלים את החיסונים המומלצים.

**אישור על קבלת החיסונים הנדרשים בנוהל זה:** יש להציג חלק ג': אישור, במזכירות ביה"ס עד סיום שנה"ל הראשונה או עד מועד שיימסר מראש ויהיה לפני תחילת ההתנסות הקלינית הראשונה, המוקדם מבין שני המועדים. הסדרת החיסונים היא תנאי מחייב להמשך הלימודים ולקיום ההתנסויות הקליניות.

האחריות לקבלת חיסונים, היא על הלומד. החיסונים ניתנים בלשכות הבריאות או במרפאות בריאות העובד במוסדות בהם אתם מועסקים. אנא גשו והביאו עמכם אישור חלק ג'.

בברכה

ד"ר הילה תם

מנהלת, האקדמיה לסייעוד

קמפוס "קפלן"

### הצהרה על אחריות אישית לקבלת חיסונים

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

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ מחזור: \_\_\_\_\_

הנני מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי עלי לדאוג להתחסן, כפי שקובע נוהל משרד הבריאות, מתאריך 1.12.08

אני יודע כי בהתאם להנחיות משרד הבריאות לא אוכל להתחיל את ההתנסויות הקליניות בביה"ס עד אשר לא אסיים את החיסונים כנדרש ואחזיר למזכירות ביה"ס תיעוד חתום ממשרד הבריאות על קבלת החיסונים (חלק ג').

\*לידיעתך, בהתאם להנחיות מנהל הסיעוד העדכניות למועד שליחת מכתב זה, תנאי לקבלה ללימודים הוא התחסנות כנגד וירוס הקורונה, ביה"ס יפעל בהתאם להנחיות כל זמן שיידרש לכך.

[מידע נוסף לגבי חיסונים באתר משרד הבריאות: חיסונים לתלמידי מקצועות הרפואה והבריאות](#)

חתימת תלמיד

תאריך

(סמליל המרפאה המוחסנת)

**חלק ג': אישור על קבלת תכנית החיסונים של עובד מערכת הבריאות ותלמיד מקצועות הבריאות**

אני מאשר/ת כי \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_

1. קיבל/ה את כל החיסונים הדרושים על פי נוהל חיסון עובדי מערכת הבריאות ותלמידי מקצועות הבריאות אשר עליו לקבל.
2. בצעה את הבדיקות בהקשר ל- HBV הנדרשות על פי עיסוק/ה.
3. בצעה תבחין טוברקולין (מנטו).

אישור זה הנו:

קבוע

זמני עד \_\_\_\_\_ על מחלקת משאבי האנוש או הנהלת המוסד להכשרת עובדי הבריאות להפנתו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם עובד המרפאה: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**הצהרת בריאות**

אני החתום(ה) מטה :

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

מצהיר(ה), מאשר(ת) ומתחייב (ת) בזה כדלהלן :

1. למיטב ידיעתי מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין, ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני (להלן "מחלה"). בעבר חליתי במחלות הבאות :  
\_\_\_\_\_
2. הריני מצהיר/ה כי אינני סובל/ת ולא סבלתי ממחלה מסכנת לרבות מחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק בסייעות לחלוטין, זמנית או חלקית
3. לא אושפזתי מעודי בבית-חולים / אושפזתי בבית חולים\* :  
מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
מהסיבות הבאות: \_\_\_\_\_
4. אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי / אני נמצא/ת בטיפול רפואי של\*\* :  
\_\_\_\_\_ מהסיבות הבאות \_\_\_\_\_
5. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי (הגופני והנפשי) בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות :  
\_\_\_\_\_
6. אינני סובל(ת) מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות / אני סובל בליקויי הלמידה הבאים :  
\_\_\_\_\_
7. אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, כמלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה.

| תאריך | שם מלא | חתימה |
|-------|--------|-------|
| _____ | _____  | _____ |

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

אד 01.21 2/8

### הצהרה: ויתור על סודיות

אני החתום מטה, מרשה בזאת להנהלת בית הספר לסייעוד להעביר מידע הכלול בתיק הלומד בביה"ס, לרבות תיעוד רפואי, להנהלת שרותי בריאות כללית, למעריך לימודי הסייעוד בכללית, למינהל הסייעוד במשרד הבריאות ולגורמים אחרים רלוונטיים לצורך הטיפול בהכשרה המקצועית.

לא יהיו לי טענות או תביעות כל שהן לביה"ס לסייעוד קפלן ולא לשירותי בריאות כללית או לעובדיה באשר להעברת המידע הנ"ל.

מס' תעודת זהות

שם ומשפחה

תאריך

חתימה

עדכון מאי 2020

**התחייבות לשמירת סודיות והגנת מידע לעובד בשירותי בריאות כללית - 050**

1. אני הח"מ מתחייבת/לשמור בסודיות מוחלטת כל מידע רגיש ו/או אישי ו/או חסוי, לרבות תכנית, חומר בין בכתב וביו בעל פה, מסמך עיוני, מדעי או מעשי, שהגיע או שיגיע אליי תוך כדי ועקב ביצוע עבודתי עבור שירותי בריאות כללית (להלן: "כללית"), ולא לגלותו ו/או להעבירו לצד ג' ו/או לאמצעים נתיקים ו/או למחשבים ניידים מחוץ למתקני הכללית, אלא ככל שידרש ובמידה שתידרש במסגרת ביצוע עבודתי עבור כללית ובכפוף לקבלת אישור מראש מאת הממונה על הגנת המידע בכללית.

2. התחייבות זו שלחן מציגה את עיקרי העקרונות המתחייבים מכל עובד בקשר עם שמירת הסודיות, הגנת המידע והסייבר אך אין בהם כדי למצות ו/או לגרוע מכלל ההוראות וההתחייבויות החלות על העובד המפורטות בדין ובנהלים הרלוונטיים לרבות ובמיוחד חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, ותקנותיו, נוהל מסירת מידע רגיש אשר מספרו 800-01-02 (להלן: "נוהל מסירת מידע רגיש"), מדיניות הגנת המידע בכללית שמספרה 800-01-01 (להלן: "המדיניות") ונוהל כללי הגנת מידע לעובד אשר מספרו 800-02-13 (להלן: "נוהל כללי הגנת מידע לעובד").

לעניין מסמך זה "מידע" רגיש" או "אישי" פירושו כל המפורט לעיל ומטה, אשר מעצם טבעו או על פי הדין הוא חסוי, לרבות:

- 2.1. מידע רפואי על מבטחי כללית
- 2.2. כל מידע הנוגע לפרטים האישיים של עובדי כללית, שכרם ותנאי עבודתם, לרבות הסכמי שכר ותלושי שכר.
- 2.3. כל מידע ניהולי, מידע עסקי ומידע פיננסי, ובכלל זה כל מידע הנוגע לעניינים הכספיים, שיטות העבודה, טכנולוגיות, דרכי הטיפול הרפואי, תהליכי המחשוב, וכן מידע בדבר התקשורות, וספקים של כללית ואשר אינם נחלת הכלל.
- 2.4. כל מידע של כללית, אשר יגיע לידיעתי ואשר אינו נחלת הכלל.

**א. כללי שמירת סודיות**

1. מידע בקשר ללקוח יימסר ללקוח עצמו רק לאחר שעבר זיהוי ודאי בהתאם לנוהל מסירת מידע רגיש.
2. אין להוציא ו/או להעביר לאחר מידע רגיש/חסוי אישי המצוי בידך בכל אמצעי שהוא, לרבות באמצעים מקוונים, אף לא לצוות במקום עבודתך, אלא אם מסירתו לידי האחר הינה לצורך מילוי תפקידך ועל פי הרשאתך ו/או על פי כל דין – הכל כפי שמפורט בנוהל מסירת מידע רגיש.
3. חל איסור חד משמעי לצלם פעולות רפואיות, או לצלם במתקני הכללית צילום ממנו ניתן לזהות פנים או פרטי אדם פלוני, אלא אם נתן אותו אדם הסכמתו מראש ובכתב.
4. אין להעלות/להעביר לאתרי אינטרנט ו/או אמצעים מקוונים כלשהם (כגון רשתות חברתיות, מערכות מסרים מיידיים) מידע ממנו ניתן לזהות פרטי אדם פלוני, אלא אם נתן האדם הסכמתו מראש ובכתב.
5. אין להעלות או לפרסם באתרי אינטרנט כולל רשתות חברתיות, מידע משירותי בריאות כללית אלא באישור דוברת כללית, מראש.
6. בעת שאתה/משוחח/ת עם לקוח בנושאים רפואיים שמור/י על פרטיות מלאה מהסובבים אותך.
7. חל איסור לעשות שימוש במידע שהגיע אליך בעבודה למטרות שאינן עבודתך ותפקידך הישיר, גם אם אלו נתבקשו על ידי עמית לעבודה (שאינו ראוי לראות או לדעת את המידע).

**ב. כללי אבטחת מידע**

- המרחב הקיברנטי טומן בחובו סכנות סייבר רבות כולל וירוסים ותכנות זדוניות. חלה עלך חובה לשמור על כללי הגנת המידע. אין לעשות שימוש בהתקני זיכרון וחיבורי USB ונדרש להיזהר בגלישה באינטרנט ובשימוש בדואר האלקטרוני בכדי לאפשר עבודה רציפה של רשת הכללית, מערכות המידע והציוד הרפואי.
1. כניסה למערכת מחשב מותרת רק לאחר הזדהות אישית חד משמעית שניתנה לך עבור עבודתך בכללית. אין למסור לאחר את אמצעי הזיהוי שלך. אם אמצעי הזיהוי שלך נתגלה לאחר, יש להחליפו. אין סיבה או צורך להעביר את אמצעי הזיהוי האישי שלך לאחר, גם לא לאנשי המחשוב.
  2. יובהר כי עשיית שימוש באמצעי הזיהוי האישי שלך על ידי גורם אחר עלולה לחייב אותך אישית באחריות לביצוע פעולותיו של אותו גורם באמצעות סיסמתך.



3. במסגרת עבודתך בכללית ו/או עבור הכללית וככל שסופק לך ציוד מחשוב מאת הכללית ו/או הינך עושה שימוש בציוד ייעודי עבור הכללית – עליך לעשות שימוש אך ורק בציוד זה. ואין לחבר לציוד זה כל סוג של ציוד פרטי כגון מדפסת, סורק, דיסק און קי או כל התקן זיכרון נייד, נתב אלחוטי, טלפון סלולרי וכיו"ב. כמו כן, אין לחבר ציוד ומחשב של הכללית לרשת האינטרנט בכלל ולרשתות פרטיות בפרט.
4. לא יישמר מידע רגיש של כללית על גבי מכשירי טלפון חכמים (סמארטפון) / מכשירי טאבלט / מחשב נייד / התקני זיכרון ניידים וכ"ו.
5. הגלישה ברשת האינטרנט ושימוש בדואר האלקטרוני מתוך מחשב ורשת הכללית מיועדות לצרכי עבודה והעשרה בלבד, יש לשמור על כללי גלישה בטוחה. אין להשתמש בתכנות שיתוף מידע וקבצים. אין לפתוח הודעות דואר אלקטרוני חשודות.
6. התקנת תוכנות מכל סוג שהוא על מחשבי הכללית דורשת אישור מראש של חטי' מערכות מידע ודיגיטל והממונה על הגנת המידע.
7. מידע אשר נוצר על ידך מחוץ למערכות המידע המרכזיות עלול להיזק ואף להעלם במקרה של תקלה, תקלת חשמל, מפגע טבע וכ"ו. חלה עליך חובה לשמור מידע זה שבאחריותך בספריות רשת בלבד ולא מקומית על המחשב בו את/ה עושה שימוש.
8. אין להעתיק ו/או להוציא מידע רגיש ו/או אישי ו/או חסוי מתוך מערכות הכללית לכל צורך שהוא, כולל מחקרים, בכל דרך שהיא, לרבות באמצעות הדפסתם ו/או העתקתם להתקני זיכרון, טלפונים ו/או העברה בדואר אלקטרוני העברה לאינטרנט ו/או לשרותי ענן – אלא באישור פרטני מאת הממונה על הגנת המידע.
9. מדיניות "שולחן נקי":
  - א. בעוזבך את סביבת המחשב עליו עבדת, חובתך לבצע פעולה של נעילה (ctrl+alt+del) כך שעבודה מחדשת בו תחייב הזדהות מחדש.
  - ב. בעוזבך את סביבת עבודתך חלה עליך חובה לנעול את כל המסמכים בהם מצוי מידע רגיש/ חסוי אישי, כך שלזרים לא תהא גישה למידע.
  - ג. אין להשליך נייר מכל סוג לאשפה. פסולת נייר תושלח לפח/שק המיועד לגריסה.
  - ד. בעוזבך את סביבת עבודתך עליך לנעול את החדר בו פעלת ולנעול ארונות ו/או מגירות בהם מאוחסן מידע.
10. חל איסור חד משמעי להשאיר מחשב או מידע רגיש/ חסוי אישי מחוץ למתקני הכללית בכלל וברכב בפרט ללא השגחה.
11. טכנאים / אנשי אחזקה / ספקים חיצוניים העובדים ע"ג ציוד או במתקן שיש בו מידע "חסוי אישי" ו/או "חסוי" מחוייבים בליווי צמוד של האחראי על הציוד או איש צוות במתקן בו נמצא הציוד.
12. במקרה של גישה מרחוק למשאבי המידע בכללית ידוע לך כי עליך לוודא שאיש מלבדך אינו צופה/ מעיין במידע שאושר לגישה עבורך.
13. עם סיום עבודתך בכללית ו/או עבור ה"כללית" חלה עליך חובה להעביר לרשות הגורם המוסמך בכללית כל סוג של מידע ו/ או מדיה מגנטית ו/או מחשב ו/או אמצעי אלקטרוני אחר השייך לכללית.
14. במקרה של אובדן או גנבה של מסמך או מחשב או אמצעי זיכרון נייד או כל פגיעה בהגנת מידע יש לדווח מיד לממונה עליך ולקצין הביטחון.
15. אני מאשר/ת שהובא לידיעתי כי הכללית מפעילה מערכות בקרת משתמש המנטרות מיילים ו/או מידע היוצאים מהמחשב בו אני משתמש/ת ואו מתיבת הדואר תחת שם המשתמש שלי וזאת במטרה לאתר חריגות מהרשאה ו/או הכללת פרטים אסורים למשלוח על פי נהלי הגנת הפרטיות שבכללית. ידוע לי כי תיבת הדואר האלקטרוני צריכה לשמש לצורכי עבודתי בלבד ואין לעשות בה שימוש לצרכים אישיים.  
לאור זאת ידוע לי כי גם מידע אישי שלי המועבר באמצעים אלה עלול להיות מנוטר ומשכך אני מוותר/ת בזאת על כל טענה ו/או דרישה כלפי הכללית בקשר עם פגיעה בפרטיות אם בחרתי להעביר מידע אישי כאמור.
16. על אף האמור לעיל ומבלי לגרוע מן האמור, ככל ותזדקק/י לאפשרות לעשות שימוש אישי כלשהו בתיבת המייל או במחשב הכללית, אזי שיהיה עליך לשמור את כל התכתובות/מסמכים האישיים בתיקית מייל ייעודית, אשר מוגדרת בכל תיבת מייל ונקראת "PrivateZone" ו/או בתיקיית רשת אישית ייעודית לנושא. תיקייה זו הינה תיקייה פרטית ושמורה. בהתאם, יובהר כי חזקה כי כל תכתובת אחרת שתימצא מחוץ לתיקייה האמורה, לא

- תסווג כתכתובת אישית. העובד מצהיר כי הוא אינו רשאי להצפין בכל דרך שהיא (לרבות בדרך של סיסמה), קבצים ותיקיות שאינן חלק מן האזור האישי שלו.
17. בעבודתי בכללית או על גבי מערכות המידע של הכללית, ידוע לי והנני מסכים כי חל עלי איסור להכנס/לגשת למידע של אדם פלוני אלא אם הפעולה היא לצורך מילוי תפקידי. ידוע לי כי הפרת איסור זה הינה עבירה משמעותית אשר בנסיבות מסוימות עלולה להחשב גם כעבירה פלילית, על כל המשתמע מכך.
18. הנני מתחייב/ת לפעול לכך, שכל פעולה שונה מהאמור בהוראות מסמך זה מחייבת קבלת אישור מראש מטעם הממונה על הגנת המידע בכללית.

הנני לאשר כי קראתי והבנתי את הכללים המצויינים לעיל והנני מתחייב/ת לנהוג על פיהם ועל פי כל הנחיה לאמצעי אבטחה כפי שתועבר לי על ידי גורם מוסמך בכללית מעת לעת. כן הנני מצהיר/ה כי ידוע לי כי הפרת כללי אבטחת מידע על פי הקבוע בחוק ו/או בנהלי הכללית עלולה לגרום עמה אחריות אישית ופלילית. בנוסף, הריני לאשר ולהצהיר כי קראתי את הנהלים הרלוונטיים המצויינים במסמך זה, ואני מתחייב לפעול בהתאם להוראותיהם, וזאת מבלי לגרוע מכל התחייבויותי לעיל.

חובת שמירת סודיות המידע חלה עלי ללא הגבלת זמן.

שם העובד: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

\*\*שם הספק: \_\_\_\_\_ שם הפרויקט: \_\_\_\_\_

\*\* מיועד עבור עובד שאינו עובד של שירותי בריאות כללית אלא עובד מטעם ספק חיצוני / יועץ חיצוני

### תקנון ביה"ס

הנני מצהיר בזאת שידוע לי כי תכנית הלימודים בקמפוס קפלן, כפופה לתקנון ביה"ס\* והנחיות המנהל\*\* וכי עלי להתעדכן ולעמוד בדרישות ההנחיות והתקנון.

|           |
|-----------|
| שם פרטי:  |
| שם משפחה: |
| ת.ז.:     |
| תאריך:    |
| חתימה:    |

\*תקנון ביה"ס ימצא עם תחילת הלימודים בספרייה  
\*\*הנחיות המנהל באתר מנהל הסייעוד – משרד הבריאות