



עמותה: _____

שאלון למתנדב/ת

א. פרטים אישיים:

שם משפחה:	שם פרטי:	שם האב:	תאריך לידה:	מס זהות:
-----------	----------	---------	-------------	----------

כתובת: _____ מס' טלפון: _____ מס' נייד: _____

ב. השכלה:

שנות לימוד: _____ פרט מוסדות שכלה: _____ מין ז / נ מצב משפחתי _____

שולט/ת בשפות

השפה:	דיבור:	קריאה:	כתיבה:

ג. ניסיון בעבודה:

מקצוע _____ תפקיד במקום העבודה האחרון, טלפון: _____
 נוהג ברכב: כן / לא: רשיון נהיגה: כן / לא: בעל רכב: כן / לא.

ד. בריאות מחלה:

תקינה, כרונית, אחר: _____ מצ"ב אישור רפואי.

ה. פעילות התנדבותית:

האם את/הפעיל/ה כיום בהתנדבות? כן/לא פרט/י _____
 מה הביא אותך לפנות להתנדבות: _____

ו. ציין/י את נושאי ההתנדבות בסדר המועדף עליך:

1. סיוע לצוות המקצועי 3. עבודה עם מכשירים

2. סיוע לחולה. 4. אחר, פרט י/י _____

ז. הקף בעיגול את הימים בהם את/ה מוכנה/ה להתנדב: א' ב' ג' ד' ה' ו' שבת

ח. ציין כמה שעות ביום את/ה מוכנה/ה להתנדב _____

תאריך _____ חתימת המתנדב/ת _____

לשימוש המראיין:

התרשמות (התאמה אישית, ערכים, מוטיבציה, מיומנות, תקשורת, הקשבה) _____

המתנדב אושר / לא אושר _____

המתנדב הפונה ל _____ תאריך _____ הערות _____



שאלון לקבלת פרטי רישום פלילי ותיקי מב"ד

שם משפחה	שם פרטי	קודם / נוסף	קודם / נוסף	שם האב	תעודת זהות מתנדב/ת
					מס' טלפון

תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה	דת / לאום	כתובת
				עיר
				רחוב
				מס'

מחלקה	הגדרת תפקיד	מעמד				משך זמן העסקה מתוכנן
		מתנדב	שרות לאומי שלומית	שרות לאומי	מבקר	

הערות :

הסכמה למסירת מידע פלילי (למילוי ע"י המועמד)
 מידע פלילי אודותיי בהיקף מסכים בזאת כי משטרת ישראל תעביר לנציגו המוסמך של משרד הבריאות המגיע למשרד הבריאות על פי חוק.
 ידוע לי, כי הסכמתי כאמור לעיל פוטרת את המשטרה ממשלוח הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותיי.

תאריך שם מועמד ת.ז. חתימת מועמד

אימות שמות (למילוי ע"י המעסיק)

אני מצהיר בזה כי בדקתי את זהותו של ממלא השאלון והפרטים הנלווים, והם נמצאו נכונים לפי המסמכים המזהים הבאים וכמו כן טופס הסכמה למסירת ר.פ. נחתם בפניי.

תאריך שם הבדוק ותפקידו חתימת הבדוק

נשלח לפקס 9571 בתאריך:



הצהרה בדבר קרובי משפחה המועסקים בבית החולים

קרובי משפחה המועסקים במשרד עפ"י פיסקה 13.312 בתקשיר :

בן או בת זוג, לרבות ידוע בציבור, הורה, הורי הורה, בן, בת, אח, אחות, גיס, גיסה, דוד, דודה, אחיין, אחיינית, חותנת, חם, חמות, חתן, כלה, נכד או נכדה, סב או סבתא, לרבות קרבה משפחתית חורגת או קרבה הנוצרת עקב אימוץ;

אין לי קרובי משפחה המועסקים בבית החולים.

יש לי קרובי משפחה המועסקים בבית החולים כמפורט להלן:

שם משפחה ושם פרטי	הקרבה	מחלקה	תפקיד

חתימת המתנדב/ת

תאריך



אגרת למתנדב

מתנדב/ת יקר/ה,

אנו שמחים לקבל את עזרתך כמתנדב/ת ומברכים אותך ברכת ברוך הבא. לקראת כניסתך לתפקידך כמתנדב ב _____ הריני להביא לידיעתך

את ההנחיות הר"מ:

1. ככל אנשי הצוות הרפואי את/ה מקבל/ת על עצמך את כללי האתיקה המקצועית ושמירת סודיות כל מידע רפואי אשר יגיע אליך במישרין או בעקיפין.
 2. ההנהלה סומכת עליך כעוזר/ת נאמנ/ה לצוות העובדים, וכמסירות לציבור.
 3. עליך להופיע לעבודה בזמן בימים ובשעות שתואמו עמך מראש, ללבוש חלוק, ולענווד תג זיהוי של שרות המתנדבים.
 4. כעל יתר העובדים חלה חובת הודעה מוקדמת על העדרות צפויה, על חופשה, או הפסקת עבודה.
 5. אין לקחת מתנות או מענקים מן החולה או ממשפחותיהם.
 6. הנך מבוטח במוסד לביטוח לאומי על פי חוק.
- אנו מודים לך על התנדבותך ומאחלים הצלחה וסיפוק בעבודה.

חתימת המתנדב/ת _____

בברכה,

משאבי אנוש

טופס הפניה למתנדבאישור על ביטוח מתנדב- במוסד לביטוח לאומי

הריני מאשר כי המתנדב/ת _____

ת.ז. _____

מען _____

התנדב/ה לעבוד בתפקיד _____

שם הארגון המפנה _____

למען (הגוף או האדם שלמענו נעשית הפעולה) שמיר - אסף הרופא

תאריך התחלה _____ תאריך סיום _____ (עד שנה)

החל ביום _____

בימים _____

בשעות _____

הפניה זו ניתנה לעניין פרק יג' "תגמולים למתנדבים", לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה- 1968 (פרק ט2 לחוק בנוסחו הקודם) שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי- עבודה.

חתימת המתנדב/ת

שם וחתימת נותן ההפניה

חותמת

תאריך



הצהרת המתנדב/ת

אני החתום מטה _____ מס' ת.ז. _____
מתנדב ב _____ (שם הארגון)

1. אני מעוניין להתנדב בארגונכם ומקבל על עצמי את קיום הנהלים המקובלים בארגון זה.
2. אני מצהיר כי אין לי כל מגבלה / מחלה רפואית / נפשית המונעת ממני מלקיים את ההתנדבות. (אם סבלת ממחלה כלשהיא, עליך להמציא אישור מגורם מקצועי מוסמך המאשר את יכולתך לעבוד כמתנדב).
3. אני מצהיר כי אין לי עבר פלילי.
4. אני מתחייב לשמור על סודיות ולא להעביר להודיע או למסור לידיעת כל אדם, ידיעה או אינפורמציה שתגיע אליו בקשר עם ביצוע התנדבות בתוקף או במהלך ביצוע ההתנדבות בתוך תקופת ההתנדבות לפני תחילתה או אחריה.
5. ידוע לי כי אי מילוי התחייבות על פי סעיף זה יכול להוות עבירה לפי סעיף 118 לחוק העונשין תשל"ז 1997, ו/או סעיף 5 להגנת חוק הפרטיות התשמ"א 1981.
6. יודע כי ביני ובין _____ (הארגון) לא מתקיימים יחסי עובד מעביד.
7. הובא חידעתי אני מבוטח על פי חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) תשכ"ח- 1968 ותקנות הבטוח לאומי (מתנדבים) התשל"ח- 1978 שהותקנו על פיו.
8. הריני מאשר כי הוסברה לי האחריות הכרוכה בעובדה ביחידה / מחלקה / כמו גם חובותי וזכויותי הנובעות מעבודה זו.
9. הובהר לי כי איני רשאי לקבל טובות הנאה מהחולים ביחידה בשמם או מטעמם.
10. ידוע לי כי עלי להודיע מבעוד מועד על העדרות מהעבודה לממונה הישיר עלי או לרכז המתנדבים.
11. ידוע כי במקרה בו ארצה להפסיק עבודתי עלי להודיע על כך לממונה הישיר עלי או לרכז המתנדבים לפחות שבוע מראש.

על החתום _____

תאריך _____



תאריך: _____

הדרכה למתנדב/ת

גב' /מר _____ זהות _____
 מתנדב/ת במחלקה _____ בתפקיד _____
 גב' /מר _____ קיבל/ה הדרכה בנושאים:

תפקיד המתנדב/ת (הגדרת התפקיד, ציפיות וגבולות התפקיד).

מניעת זיהומים.

בטיחות.

כיבוי אש

ההדרכה ניתנה ע"י: _____

תאריך

תפקיד

שם ומשפחה

חתימת המתנדב/ת: _____

תאריך

שם ומשפחה



		אסף הרופא – נהלי אבטחת מידע	
1.0	מהדורה		
01 אוגוסט 2013	בתוקף מ	תדריך אבטחת מידע	
מתוך 2	עמוד 8		

מנהל אבטחת המידע הינו הבעלים של מסמך זה והינו האחראי לוודא כי התדריך תואם את הדרישות המובאות במנא"מ ורוח מדיניות אבטחת המידע במרכז הרפואי שמיר - אסף הרופא.

התדריך אושר על ידי הנהלת המרכז הרפואי שמיר - אסף הרופא ומוגדר כתדריך רשמי ומחייב.

הפרת ההוראות תגרור נקיטת צעדים משמעתיים.

תדרוך אבטחת מידע

1. כללי

1.1. המרכז הרפואי שמיר – אסף הרופא מנהל מידע המסווג כרגיש עד חסוי הן בהיבטי תהליכים המתקיימים במרכז והן בהיבטי הגנת הפרטיות.

1.2. המידע מעובד באמצעות מספר מערכות מידע ביניהן: נמ"ר, מערכת מעבדות, PACS, תפנית ועוד.

2. להלן הנחיות אבטחת המידע החלות על משתמשי מערכות מידע ומחשוב ובעלי ההרשאות למידע :

2.1. ניהול משתמשי מערכות מידע ומחשוב ברשת המרכז הרפואי

2.1.1. לכל משתמש ניתן שם משתמש וסיסמה אישיים שאינם ניתנים להעברה.

2.1.2. כל משתמש יגדיר סיסמה מורכבת לפחות משישה תווים ביניהם אותיות מספרים וסימנים.



- 2.1.3. חל איסור להעביר את הסיסמה לכל גורם, כולל לאנשי תמיכה ותחזוקה בעת טיפולם בתקלה.
- 2.1.4. בעת סיום העבודה במחשב יש לבצע יציאה מסודרת מחשבון המשתמש.
- 2.2. שימוש בציוד מחשוב וטלפונים סלולריים
- 2.2.1. שמירה על שלמות ותקינות ציוד המחשוב הינה באחריות המשתמש. על כל אירוע של גרימת נזק לציוד מחשוב משימוש לא תקין של המשתמש (לדוגמא: חדירת נוזלים לתוך ציוד המחשוב, נפילת הציוד, שבירת מסך ועוד) יש לשלוח דיווח מפורט ליחידת המחשב חתום ע"י מנהל המחלקה.
- 2.2.2. חיבור רכיבי זיכרון אוגרי מידע כגון : דיסק און קי, דיסקים, טלפונים סלולריים מצלמות וכדומה יתאפשר לצורך העבודה בלבד ובפיקוח של יחידת המחשב.
- 2.2.3. חל איסור לחבר מדפסות, סורקים או כל ציוד אחר שלא באמצעות עובד יחידת המחשב.
- 2.2.4. חל איסור לחבר מחשב לנקודת תקשורת שלא באמצעות עובד יחידת המחשב.
- 2.2.5. במידה והינך מוציא מחשב נייד של המרכז הרפואי מחוץ לארגון וודא כי הוא נמצא איתך בכל העת ו/או מוגן ע"י סיסמה. במידה והמחשב נעלם/נגנב יש לדווח במידי יחידת המחשב ומחלקת הביטחון.
- 2.2.6. סינכרון מיילים ויומנים ארגוניים למכשירים סלולריים ולמחשבי לוח יתבצע ע"י יחידת המחשב בלבד ובאמצעות מערכת ייעודית מאובטחת
- 2.2.7. חיבור למערכות המידע של המרכז הרפואי מחוץ לארגון יתבצע באמצעות המערכת הייעודית המאובטחת ובאישור יחידת המחשב בלבד.



2.3. מחשבים קריטיים

במחשבים שיוגדרו כקריטיים לתפעול השוטף, כגון: תחנות עבודה של מכשירי דימות, מחשבים בחדר ניתוח, מחשבים במלר"ד ועוד, לא תתאפשר גלישה באינטרנט ושימוש בדיסק און קי.

2.4. התקנת והרצת תכנות ושמירת מידע

2.4.1. חל איסור להתקין תוכנות שלא באישור יחידת המחשב

2.4.2. שמירת מידע תתבצע ברשת ולא בכונן מקומי במחשב (C:, D:).

המידע הנשמר במחשב ולא ברשת אינו מגובה ונמצא באחריותו הבלעדית של המשתמש

2.4.3. אין להריץ קבצי הרצה, קבצי וידאו ואודיו ועדכוני תוכנות שמקורן מחוץ לארגון.

2.5. שימוש באינטרנט ובדואר אלקטרוני

2.5.1. חל איסור לעשות שימוש בדוא"ל הארגוני לתכתובות כגון: מכתבי

שרשרת, פרסומות (פרט לגורמים מורשים), דואר "זבל" (SPAM) ומודעות שמקורן מחוץ לארגון ושאינן קשורות לפעילות הארגון.

2.5.2. אין לפתוח הודעת דוא"ל או צרופה (attachment) ממקור בלתי מזהה.

2.5.3. חל איסור לגלוש באינטרנט לאתרים המעודדים פשע, טרור, גזענות,

פעילות בלתי חוקית, הימורים, פורנוגרפיה וכדומה. יודגש כי מעבר להיבטים חוקיים ואחרים, רבים מאתרים אלה עלולים להוות אתרי הדבקה והפצה של וירוסים וקודים זדוניים, דבר המהווה איום על אבטחת הרשת.

2.5.4. אין להשתמש בשם המרכז ו/או פרטי ההזדהות עימם מזדהים

למערכות המחשוב בארגון (בעיקר כתובות דוא"ל וסיסמאות) שלא במסגרת העבודה לדוגמה: בעת רישום לאתרים, קבוצות דיון, רשתות חברתיות, חדרי צ'טים, רשימות דיוור וכדומה (למעט מורשים)



2.6. גריסה

אין להשליך ניירת רגישה לפח רגיל אלא לפח ייעודי לגריסה. ניירת רגישה במיוחד יש לגרוס בזמן אמת.

2.7. דיווח על אירועי אבטחת מידע

על כל אירוע חריג בהיבטי אבטחת מידע, כגון: אובדן/גניבה של ציוד מחשוב, קבלת הודעות דוא"ל ממקור לא ידוע, התקן שחובר למחשב ללא אישור, הופעת חלון לא מוכר, איתור קבצים נגועים על ידי תוכנת אנטי ווירוס וכל סימן מחשיד אחר יש לדווח ליחידת המחשב ולנאמן אבטחת המידע המחלקתי.

התנהגות שלא על פי כללים אלו תטופל משמעתית במידה ויתעורר צורך בכך.

לאחר שקראתי והבנתי את התדרוך הנ"ל, אני מתחייב לפעול על פי הכתוב להלן ולשמור על נוהלי אבטחת המידע במרכז הרפואי שמיר – אסף הרופא .

שם העובד: _____ מ.ז: _____

תאריך: _____ חתימה: _____



הצהרה על קריאת מדריך למתנדב/ת החדש/ה

אני מצהיר/ה בזאת שקראתי, הבנתי ואפעל על פי הכתוב בפרקים הבאים במדריך למתנדב/ת החדש/ה (סמן ב- X):

מידע אודות בית החולים

מידע כללי למתנדב/ת- זכויות וחובות

בטיחות כללית ובטיחות אש למתנדב/ת

מניעת זיהומים – הנחיות למתנדב/ת

משמעת

מניעת הטרדה מינית

במידה ויתעוררו שאלות, אפנה למנהל המקצועי האחראי עלי בבית החולים על החתום:

שם: _____

ת.ז.: _____

תפקיד: _____

מחלקה: _____

תאריך: _____



שעות קבלת קהל להנפקת תגים:

ימים: א', ג', ה' - 12:30-11:00

ימים: ב', ד' - 14:00-13:00

ענף מחשוב

אישור קבלת תג זיהוי מגנטי למתנדב/ת

1. הריני מאשר/ת בזאת קבלת תג זיהוי מגנטי.
2. ידוע לי שהתג הנו אישי ואינו ניתן להעברה, אי מילוי הוראה זו הנה עבירה פלילית ומשמעתית.
3. הנני אחראי/ת לשמירתו ושלמותו ולכל שימוש שיעשה בתג ואחריותי תפוג רק לאחר שהודעתי בכתב, לענף מחשוב על אובדן/גניבה תוך 24 שעות.
4. התג הנו רכוש המרכז הרפואי "שמיר" – אסף הרופא ועלי להחזירו לענף מחשוב בסיום עבודתי במרכז.
5. הנני מסכים לכך שהמרכז הרפואי שמיר – אסף הרופא יחייב אותי, במקרה של אובדן/ גניבה תג, בהתאם לתעריף התקף בעת הנפקת התג החדש.

תאריך	ת.ז.	שם העובד/ת	חתימה
-------	------	------------	-------

כרטיס למתנדב/ת – בתוקף עד: _____
 שם: _____ ת.ז. _____ מס' תג: _____

אישור נסיעה
 לאור הצהרתי כי אסע בהסעות ביה"ח, ומאחר שקיבלתי אישור נסיעה, אני מצהיר כי ידוע לי שינוכה משכרי תשלום עבור ההסעה.
 שם _____ חתימה _____

ימולא ע"י רכז/ת מתנדבים :

תואר תפקיד: _____

תאריך _____ חתימה: _____

הערה: _____

הפקדה: לא/כן בוצעה הפקדה בסך _____ ש. חתימה: _____