|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**המרכז הרפואי שמיר** | צריפין 70300

**מחלקת הדרכה ופיתוח ארגוני – משאבי אנוש**

**טל:** 08-9779619 **דוא"ל:** hadraha@shamir.gov.il

****

**\*נא להגיש את הבקשה כחודש ימים מראש**

**אל: מחלקת הדרכה ופיתוח ארגוני**

**הנדון: בקשה להשתתפות בהשתלמות/הדרכה בארץ (מעל 3 ימים)**

**\*יש למלא את כל השדות. טופס שלא ימולא כנדרש- יוחזר לעובד/ת.**

**1. למילוי ע''י העובד/ת:**

**פרטים אישיים:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם פרטי | שם משפחה | מס' תעודת זהות | סקטור | מחלקה |
|  |  |  |  |  |
| תפקיד | **ת. תחילת העסקה** | **העסקה:****קרן מחקרים/מדינה** | **חלקיות משרה** | **טלפון** |
|  | **‏**לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. |  |  |  |

**פרטי ההשתלמות:**

|  |  |
| --- | --- |
| שם ההשתלמות/ קורס/ כנס/ תואר | המוסד המארגן |
|  |  |
| מקום ההשתלמות: | **משך ההשתלמות:** |
|  |  |
| תאריך התחלה | **תאריך סיום** |
| לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. | **‏לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.** |

**\*חובה לצרף את תכנית ההשתלמות + טופס פירוט עלויות – במידה ורלוונטי.**

**אבקש אישור:**

|  |  |
| --- | --- |
| מענק השתלמות בסך: | מס' ימי היעדרות: |
|  |  |
| תאריך: | **חתימת העובד:** |
| לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. |  |

**\*לא יתקבל טופס ללא צירוף תכנית ההשתלמות וטופס פירוט עלויות- במידת הצורך.**

**\*לא יתקבלו טפסים שיוגשו רטרואקטיבית.**

**\*אם ברצונך לדעת בכמה ימי השתלמות הנך זכאי/ת, יש לעיין בעלון המידע** [**(קישור לעלון המידע)**](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%A6%D7%91%D7%99%D7%A8%D7%AA%20%D7%99%D7%9E%D7%99%20%D7%94%D7%A9%D7%AA%D7%9C%D7%9E%D7%95%D7%AA%282%29.pdf)**.**

**\*במידה ואושרו לך ימי השתלמות, עליך לדווח במערכת הנוכחות קוד 3 או קוד 10 – קוד הדיווח יופיע באישור ההשתלמות (**[**קישור להסבר הדיווח**](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%93%D7%99%D7%95%D7%95%D7%97%20%D7%94%D7%A9%D7%AA%D7%9C%D7%9E%D7%95%D7%AA%20%D7%91%D7%A0%D7%95%D7%9B%D7%97%D7%95%D7%AA.pdf)**).**

**\*במידה והנך מעוניינ/ת להגיש בקשה ללימודים אקדמאיים, ראשית עיין** [**בעלון המידע ללימודים אקדמאיים**](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%A2%D7%9C%D7%95%D7%9F%20%D7%9E%D7%99%D7%93%D7%A2%20-%20%D7%9C%D7%99%D7%9E%D7%95%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%90%D7%A7%D7%93%D7%9E%D7%90%D7%99%D7%99%D7%9D.pdf)**.**

**\*במידה ומדובר ביציאה לסמינר, יש לקרוא את עלון המידע בנושא יציאה לסמינרים (**[**קישור לעלון מידע-סמינרים**](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%90%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%A8%20%D7%94%D7%A9%D7%AA%D7%9C%D7%9E%D7%95%D7%AA%20%D7%9C%D7%A1%D7%9E%D7%99%D7%A0%D7%A8.pdf)**).**

**\*במידת הצורך יעשה שווי מס בשכר העובד/ת, על פי הנהלים.**

**\*במידה שלא תשתתפ/י בהשתלמות – חובה לעדכן את מחלקת הדרכה ופיתוח ארגוני (בין היתר על מנת שימי ההשתלמות שאושרו לא ירדו מהמכסה השנתית).**

**\*לרופאים/ות מנהלים/ות קיים טופס ייעודי לבקשה להשתלמות מעל 7 ימים.**

**התחייבות העובד/ת:**

**1.** עם קבלת מענק ההשתלמות הנני מתחייב/ת לשרת בשירות מדינת ישראל, במשרתי הנוכחית או בכל משרה אחרת אשר אתמנה לה כחוק, אחרי תום ההשתלמות, תקופה המתאימה לסכום המענק שאושר לי ועל פי הוראות התקשי"ר בנדון (כולל משכורת, שכר לימוד, ימי לימוד, אש"ל והוצאות אחרות).

**2.** אם אעזוב את שירות מדינת ישראל לפני תום התקופה שאני חייב לשרת, או אפסיק את השתלמותי לפני סיומה, הנני מתחייב/ת להחזיר לאוצר מדינת ישראל את מענק ההשתלמות לפי שהוא מוגדר ב-[52.141 בתקשי"ר](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%AA%D7%A7%D7%A9%D7%99%D7%A8%20%D7%A4%D7%A8%D7%A7%20%D7%94%D7%AA%D7%97%D7%99%D7%99%D7%91%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%A2%D7%95%D7%91%D7%93.pdf), או חלק ממנו יחסית לתקופת השירות שהיה עלי להמשיך לשרת לאחר תום ההשתלמות.

**3.** ידוע לי כי התקופה שעלי לשרת על פי ההוראות, היא במקביל למענק, כמוגדר ב-[52.142 בתקשי"ר.](https://content.viplus.com/noazashamir/Content/%D7%AA%D7%A7%D7%A9%D7%99%D7%A8%20%D7%A4%D7%A8%D7%A7%20%D7%94%D7%AA%D7%97%D7%99%D7%99%D7%91%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%A2%D7%95%D7%91%D7%93.pdf) החזרת סכומי ההתחייבות תהיה צמודה למדד המחירים לצרכן לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

**עמוד1 מתוך 2**

 **המרכז הרפואי שמיר** | צריפין 70300

**מחלקת הדרכה ופיתוח ארגוני – משאבי אנוש**

**טל:** 08-9779619 **דוא"ל:** hadraha@shamir.gov.il

****

**2. למילוי הממונה הישיר/ה:**

**המלצת הממונה הישיר/ה ומידת החשיבות של ההשתלמות לתפקוד העובד/ת:**

**🞏 מאושר / 🞏 לא מאושר.**

**🞏 חיונית ביותר / 🞏 חיונית🞏 / רצויה / 🞏 אפשרית / 🞏 לא חיונית.**

**\*לא יתקבל טופס ללא נימוק מפורט ואישור הממונה הישיר/ה.**

|  |
| --- |
| נימוק - המלצה/ דחיה |
|  |

**התשלום על חשבון (יש לסמן את הקובייה הרלוונטית):**

**🞏 קרן מחקרים (מס'/ שם הקרן\_\_\_\_\_\_\_\_) / 🞏 מדינה / 🞏 מימון חיצוני / 🞏 אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| תאריך: | חתימת הממונה הישיר/ה + חותמת: |
| לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. |  |

**3. למילוי קרן המחקרים:**

**אישור קרן המחקרים:**

|  |  |
| --- | --- |
| מס' ימי היעדרות בשכר: (רלוונטי רק לעובדי ק.מ) | מענק השתלמות בסך: |
|  |  |

|  |
| --- |
| נימוק - אישור / דחיה |
|  |
| תאריך: | **חתימת מנהלת הכספים (ק.מ):** |
| לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. |  |

**4. למילוי וועדת השתלמויות (הדרכה):**

**אישור וועדת השתלמויות (הדרכה):**

|  |  |
| --- | --- |
| מס' ימי היעדרות בשכר:(רלוונטי רק לעובדי מדינה) | מענק השתלמות-% אחוז השתתפות / מענק בש''ח: |
|  |  |

|  |
| --- |
| נימוק - אישור / דחיה |
|  |
| תאריך: | **חתימת ממונה הדרכה ופיתוח ארגוני:** |
| לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. |  |

**\*מענק ההשתלמות מחושב באופן יחסי לחלקיות המשרה. הערות:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**קוד דיווח – 3/10 הכשרה / העשרה סוג השתלמות:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**עמוד 2 מתוך 2**