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

**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 (עד 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 | 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 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).**

**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.**

|  |
| --- |
| המלצה/ נימוק 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**