

## סטודנט/ית יקר/ה - ברוך/ה הבא/ה להכשרה מעשית/התנסות קלינית במרכז הרפואי שהם,

### תהליך קבלתך להכשרה מעשית/התנסות קלינית במרכז הרפואי שהם מורכב ממספר שלבים:

עד חודש וחצי טרם ההתנסות עדכון משאבי אנוש (הבחון גם קיום חוזה בתוקף) ← ביצוע תהליך קליטה כמפורט בערכה זו מול נציג/ת משאבי אנוש ← אישור משאבי אנוש להתחלת ההתנסות ← ביצוע ההתנסות ← טופס טיולים יוצא מול משאבי אנוש.

נא לעקוב אחר ההוראות המופיעות בעת מילוי הטפסים.  
וודא/י כי פרטייך נכונים והקפד/י לחתום במקום המצוין בכל עמוד.  
יש להשיב ערכה זו על נספחיה לנציגת משאבי אנוש/החוג (באופן שתונחה) לא יאוחר משבועיים טרם התחלת ההתנסות. אי השבת הערכה במלואה תפגע ביכולתנו לקבל אותך להתנסות. אנא הקפדתך.

### בנוסף למילוי הערכה שלפניך יש לצרף את כל המסמכים המפורטים להלן:

1. תמונת פספורט (לשם הנפקת כרטיס סטודנט).
2. אישור לימודים רשמי מהמוסד האקדמי הכולל את שנת הלימודים.
3. צילום ת"ז כולל ספח (בת"ז חכמה- נא לצלם את שני צידיה).
4. אישור חיסונים- חלק ג' חיסונים קבוע/זמני בתוקף.
5. לגברים בלבד- אישור בגיר מהמשטרה (יתקבל בעת פניה עם טופס ההפנייה המצורף בהמשך).

נציגת משאבי אנוש תיידע אותך/את המרכז בחוג על תקינות המסמכים עד שבועיים טרם התחלת ההתנסות.

### ביום ההתנסות הראשון עליך להגיע למשאבי אנוש לצורך הזדהות וקבלת התג עם הצגת ת"ז באופן אישי.

שימו לב-

- בערכת הקליטה יש 3 עמודים להרשאה לקבלת רישום פלילי, על גברים ונשים כאחד למלא טופס זה. ברישום הפלילי הכללי אנו מקבלים אישור ישירות מהמשטרה ללא צורך בפניה אישית שלכם.
- בנוסף, לגברים מעל גיל 18 המופנים להתנסות במוסד עם חסרי ישע- נדרש אישור בגיר. הצגת אישור זה מאשר כי לבעליו אין רישום בגין עבירות מין. זהו אישור נפרד ולא ניתן לקבלו ללא פניה אישית של המבקש לכל תחנת משטרה בצירוף ת"ז באופן אישי.

### **\*יש להשיב את כל המסמכים יחד\***

אנו מאחלים לך בהצלחה,  
צוות משאבי אנוש

## שאלון אישי לסטודנט בהכשרה/התנסות

### 1. פרטים אישיים

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות: ס.ב.	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	קופ"ח:
מען מגורים: רחוב:	מספר הבית:	ישוב:	מיקוד:	
טלפון נייד:	כתובת מייל:	@		

### 2. פרטי השכלה:

מוסד הלימודים	מסלול הלימודים	שנת לימוד/מתוך	תאריך סיום לימודים*
_____	_____	____/____	30/09/20____

\* נא למלא את תאריך תום שנה"ל האחרונה בתואר (לא כולל סטאז')

### 3. תקופת ההכשרה המעשית/התנסות קלינית בשהם:

מחלקה	הממונה במחלקה/המדריך הקליני	תאריך התחלה מתוכנן*	תאריך סיום מתוכנן**	הגעתך למרכז להכשרה/התנסות תהיה ברצף בתקופה המצוינת?
				כן/לא

\* מותנה בסיום הקליטה במשאבי אנוש שהם

### 4. פרטים נוספים:

האם הנך מועסק בשהם:	במידה וכן
כן / לא	במחלקת:
	בתפקיד:

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### הצהרה והתחייבות הסטודנט

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזה כדלקמן:

1. הנני מבקש/ת לבצע הכשרה מעשית/התנסות קלינית במרכז הרפואי שהם (להלן: "שהם"), כחלק

מלימודי \_\_\_\_\_ בחוג \_\_\_\_\_ ל- \_\_\_\_\_

ב- \_\_\_\_\_ (להלן: "המוסד האקדמי").

ההכשרה/ההתנסות תתקיים מתאריך \_\_\_\_\_ ועד לתאריך \_\_\_\_\_.

2. ידוע לי כי ביצוע ההכשרה/ההתנסות בשהם כרוך במאמץ ובהשקעת שעות עבודה של העובדים המנחים

ובמעקב אחר התקדמותה (להלן: "המדריכים"), וכן בשימוש בחומרים ובציוד.

3. ידוע לי ואני מסכים לכך כי ההכשרה המעשית/ההתנסות הקלינית מהווה חלק מלימודי במוסד

האקדמי ואין ולא יהיו יחסי עובד ומעביד ביני לבין שהם ו/או משרד הבריאות ולא אהיה זכאי לקבל כל סכומים

ו/או תשלומים משהם או ממשרד הבריאות בגין הפעילות שתיעשה על ידי בתקופת ההכשרה/ההתנסות בשהם.

4. הנני מתחייב/ת למלא את המטלות והחובות כפי שתוטלנה עלי על ידי המדריכים ולנהוג בהתאם

להנחיות בפרט בתחום המשמעת, הבטיחות והגהות הנהוגות בשהם. ידוע לי כי התחייבות זו נעשית כחלק מן

הדרישות הנובעות מקיום ההכשרה המעשית/ההתנסות הקלינית, ואין בהן משום יצירת יחסי מרות של עובד

למעבידו. כן ידוע לי כי שהם יהא רשאי להפסיק את הכשרתי לאלתר ללא צורך במתן הודעה מוקדמת במקרה

בו לא אקיים את הוראות המשמעת וכללי ההתנהגות הנהוגים בשהם או אם אפר את התחייבותי זו.

5. הנני מתחייב לשמור בסודיות ולא לגלות ו/או למסור ו/או להביא לידיעתו של כל אדם ו/או גוף כלשהו,

בין בכתב ובין בעל פה, וכן לא אעתיק ולא אפרסם בכל צורה שהיא כל ידיעה וכל מידע אשר הגיע לידיעתי תוך

כדי ביצוע ההתנסות המעשית בין אם הוא קשור לביצוע ההתנסות המעשית ובין אם לאו לרבות ומבלי לפגוע

בכלליות האמור לעיל, מידע לגבי מטופלים, שיטות עבודה וכל חומר ו/או מידע לרבות אישי, עסקי, רפואי

ומקצועי. אני מתחייב כי לא אשתמש במידע כזה לא אפרסם אותו ולא אוציא אותו מחזקתי ו/או משטח בית

החולים הן בתקופת ההכשרה המעשית/ההתנסות הקלינית והן בכל זמן שהוא לאחר מכן, ללא הגבלת זמן. כמו

כן, לא אעשה שימוש במאגרי מידע של בית החולים, רק ככל שיתקבל אישור לכך מאת בית החולים ורק לצורך

ההתנסות המעשית.

אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, הוראות חוק זכויות החולה והוראות כל חוק אחר הנוגע לעניין. אני מצהיר שידוע לי כי אי מילוי התחייבותי זו מהווה עבירה פלילית על פי חוק העונשין, התשל"ז-1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבותי.

6. ידוע לי כי ההכשרה במרכז הרפואי שהם אינה מקנה לי עדיפות או זכות כלשהי בקליטה לעבודה בשהם.

7. הנני מתחייב/ת כי אין לי עבר פלילי וכי קליטתי להכשרה מותנית בהצגת רישום פלילי בהתאם לדרישת שהם (שיתקבל לאחר מתן טפסי ההסכמה למשאבי אנוש) ובגיר ללא עבירות מין (באחריות המועמד, גבר 18+).

8. ידוע לי כי אסור לי להקליט / לצלם עובדי מדינה במסגרת תפקידם בביה"ח ובוודאי שלא מטופלים

9. ידוע לי שגם לאחר סיום התנסותי בביה"ח, איני רשאי/ת למסור מידע כלשהוא אודות מטופלים לגורם חוץ.

10. המוסד האקדמי הסביר לי את האחריות הכרוכה בהתנסות וכן חובותי וזכויותי, הנובעות מהתנסות זו.

11. הובהר לי כי אינני רשאי/ת לקבל מתנות ו/או טובות הנאה מחולים, בני משפחה, מבקרים ועובדי בית החולים

12. ידוע לי כי עלי להתייצב להכשרה במועד, בימים ובשעות שתואמו עמי ולהודיע למדריך במחלקה על היעדרות

מתוכננת כחופשה ולא צפויה, כגון: מחלה. ככל ולא אגיע כשורה, אין התחייבות להשלמת הימים במועד אחר

13. ידוע לי כי עלי לענוד תג זיהוי בעת ההתנסות, וכי התג הינו אישי ולא ניתן להעברה לאדם אחר.

14. קראתי ההנחיות בנושא סודיות, בטיחות ואבטחת מידע, ואני מתחייב/ת לפעול על פי הם.

15. הנני מצהיר/ה כי הפרטים האישיים וכל מידע אחר שמסרתי לשהם הינם נכונים והצהרה זו ניתנה על

ידי מרצוני החופשי וללא כפייה.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

### הצהרות חובה

#### תג

1. אני הח"מ מאשר קבלת תג סטודנט מגנטי אישי.
2. יש להקפיד ולענוד את התג במהלך שעות ההתנסות.
3. ידוע לי כי עלי לשמור על התג ושלמותו.
4. במידה ותג זה יאבד/ייגנב/יושחת אדרש לשלם סך של 25 ₪ טרם הפקת תג חדש.
5. במידה והתג לא יושב בסיום ההתנסות אחויב ע"י כתב ההרשאה לחיוב בסכום של 25 ₪.
6. במידה והתג נפגם בשל בלאי סביר בעת הצגתו במשאבי אנוש ובהתאם לשיקול הדעת- אהיה פטור מתשלום החוב כתנאי להפקת תג חדש.

#### ארוחות

1. כניסה לחדר האוכל אפשרית בין השעות 13:00-11:30 בכפוף לרכישת שוברי ארוחות מראש.
2. עלות ארוחת צהרים לסטודנט הינה 3.2 ₪. עלות זו משתנה לעת לעת לפי הגדרות משרד הבריאות.
3. את השוברים ניתן לרכוש בגזברות בית החולים אצל גב' גאולה וייס/ לירז בן שבת **בימים ראשון ושלישי**, **בין השעות 11-9 בבוקר בלבד**.
4. לצערנו, לא נוכל לאפשר ארוחת צהריים ללא הצגת שובר מתאים. אנא רכשו מראש על מנת להימנע מאי נעימות.

#### מדים

1. ידוע לי שאקבל מדים מביה"ח (למעט סטודנטים ברוקחות המגיעים עם מדים ללא לוגו ארגוני אחר).
2. השימוש במדים יהיה במסגרת כותלי ביה"ח בלבד. אין ללבוש מדים בדרך מ/אל ביה"ח מטעמי מניעת זיהומים.
3. ידוע לי כי עלי להשיב את המדים למכונה טרם סיום הכשרתי.
4. במידה ולא אשיב את המדים כנדרש/יושחתו מדים אחויב ע"י כתב ההרשאה לחיוב ב-100 ₪ לכל סט מדים (חולצה ומכנס או חלוק).

שם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## כתב הרשאה לחיוב כרטיס האשראי

הריני מאשר/ת בזאת לחייב את כרטיס האשראי מטה בסכומים/המקרים המפורטים:

- 25 ₪ עבור אי השבת תג בסיום התנסות.
- 100 ₪ בעבור כל סט מדים מהמרכז הרפואי שהם שלא יושב בסיום ההתנסות.

ידוע לי כי הרשאה זו תמומש למקרים המפורטים מעלה בלבד, תישמר בכספת מחלקת הכספים בבית החולים ותיגרס לאחר סיום ההתנסות ויודא משאבי אנוש על סיום חובותיי.

ללא חתימה על התחייבות עם פרטי כרטיס אשראי הנושא את שמי, לא אוכל להתחיל את התנסותי.

במקרים של השחטה/מקרה אחר לתג/המדים במהלך ההתנסות יהיה עליי לשלם בפועל כנגד השלמת החוסרים ולא ניתן לחייב הרשאה זו.

ידוע לי כי החיוב יהיה בגין השבת חובותיי להתנסות המפורטת בערכת משאבי אנוש.

שם פרטי של בעל הכרטיס	שם משפחה של בעל הכרטיס	ת"ז - 9 ספרות
חברת האשראי: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ישרכארד</li> <li><input type="checkbox"/> ויזה</li> <li><input type="checkbox"/> דיינרס</li> <li><input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס</li> <li><input type="checkbox"/> מקס</li> <li><input type="checkbox"/> אחר _____</li> </ul>		
מספר האשראי	תוקף	
3 ספרות בגב הכרטיס	טלפון סלולרי	

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**משאבי אנוש- יש להעביר לאחסון בכספת מחלקת הכספים, בסיום ההתנסות, לאחר בדיקת השבת הציוד- יש להודיע על חיוב וגריסה או גריסה למחלקת הכספים**

יש למלא את 3 העמודים הבאים ולצרף צילום ת"ז או דרכון ישראלי ומשאבי אנוש יקבלו תשובה בשמך

**נספח א'**

**שאלון לקבלת פרטי רישום פלילי ותיקי מב"ד**

שם משפחה	קודם / נוסף	שם פרטי	קודם/נוסף	תעודת זהות
שם האב				מס' אישי

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

היחידה/המחלקה	הגדרת תפקיד	מעמד	דרך העסקה
	סטודנט	קבוע זמני קבלן	הכשרה/התנסות ללא שכר

הערות: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד: \_\_\_\_\_

**אימות שמות:** 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 בפני.

תאריך	שם הבודק ותפקידו	חתימת הבודק

## נספח ב'

### הסכמה למסירת מידע פלילי

1. אני החתומ/ה מטה \_\_\_\_\_ ת.ז. מס' \_\_\_\_\_

מסכימ/ה בזאת כי משטרת ישראל תעביר לגורם המוסמך של משרד הבריאות, מידע פלילי אודותי לצורך הקבוע בחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א – 1981 בהיקף שהוא זכאי לקבלו עפ"י חוק.

ידוע לי, כי הסכמתי כאמור לעיל פוטרת את המשטרה ואת מקבל המידע ממשלוח הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותיי.

2. בחתימתי זו הנני מתחייב/ת במידה ובמהלך תקופת הכשרתי יפתח כנגדי הליך פלילי יהיה עליי להביא זאת לידיעת הנהלת משאבי אנוש.

ידוע לי כי הסתרת מידע כזה עלולה לגרור לפתיחת הליכים לסיום תקופת הכשרתי.

חתימת המצהיר/ה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_





מדינת ישראל

הצהרה בדבר מידע פלילי ומשמעתי למועמד/ת למשרה בשירות המדינה

(סמ"י x בריבוע המתאים)

1. פרטים אישיים			
שם המועמד/ת	שם האב	מס' זהות	
כתובת			
רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

2. הצהרה בדבר הרשעות קודמות	
א.	הורשעתי בעבירה פלילית לרבות בית דין צבאי (למעט קצין שיפוט, עבירות תעבורה (למעט עבירה לפי סעיפים 3162, (9)62, 64, 64א ו- 67 לפקודת תעבורה). לעניין זה עבירה פלילית, פרטי הרישום <sup>1</sup> המפורטים בסעיף 2 לחוק המרשם הפלילי ותקנת השבים, התשמ"א-1981 (להלן - "חוק המרשם הפלילי") והרשעה - היא שטרם עברה לנביה תקופת המחיקה לפי סעיף 16 לחוק המרשם הפלילי (למעט כשמדובר במינוי ממשלה או מינוי לתפקיד המסווג סודי ביותר);
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גור דין)
ב.	הורשעתי בהליך משמעתי <sup>2</sup> (למעט הרשעה שלעברה לנביה תקופת המחיקה לפי סעיף 40.25 לתקשי"ר).
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, (עליך לצרף פס"ד - (הכרעת דין + גור דין)

3. הצהרה בדבר הליכים תלויים ועומדים הרשעות קודמות	
א.	מתנהל נגדי הליך פלילי <sup>3</sup> (לידיעתך, מידע על תיקים סגורים לפי סעיפים 11א ו-21 לחוק המרשם הפלילי לא יובאו בחשבון)
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן; <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)
ב.	מתנהל נגדי הליך משמעתי;
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן; <input type="checkbox"/> נפתחה חקירה <input type="checkbox"/> הוגש כתב אישום (עליך לצרפו)

4. הליכים לפי סעיף 31 לחוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963 (להלן - "חוק המשמעת")	
ננקטו נגדי אמצעים לפי סעיף 31 לחוק המשמעת (התראה או נזיפה) (למעט אמצעי משמעת לפי סעיף 31 שלעברה לנביהם תקופת המחיקה כמפורט בסעיף 40.25 לתקשי"ר); <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

5. הצהרה	
לפי סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המשיג או המנסה להשיג משרה בשירות המדינה או לאחר, במסירת ידיעה כוזבת או בהעלמת עובדה הנוגעת לעניין, או בשימוש באיומים או בכוח באמצעים פסולים אחרים, ייענש על-פי החוק.	
אני מציע/ה בזה את מועמדותי לתפקיד, לאחר שקראתי את סעיף 45 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, המובא לעיל, הנני מצהיר/ה וזאת שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומלאים.	
תאריך	חתימה

מודף 100 (ח/ע)

<sup>1</sup> ואלה פרטי הרישום:

- (א) הרשעות ועונשים של בתי משפט או בית דין פליליים (להלן - "בית משפט" בשל פשעים ועונות (להלן - "עבירות");
  - (ב) קביעת בית משפט באישום בעבירה כי הנאשם/ת אינו/ה מסוגלת/ת למווד בדיון או אינו/ה בר/ת עונשין מחמת היותו/ה חולה/ת נפש או ליקוי בכשרו/ה השכלי;
  - (ג) שינוי שנעשה בפרט רישום מכוח חניה או מכוח סמכות אחרת על-פי דין;
  - (ד) החלטת נשיא המדינה לפי סעיף 18 לחוק המרשם הפלילי;
  - החל בנתיחת חקירת משמעת על-פי דין או החל בהגשת כתב תובענה על-פי דין.
- <sup>2</sup> החל בנתיחה בחקירה על-פי דין או בהגשת כתב אישום למעט בעבירות אלה:
- (א) עבירות תעבורה שנקבעה כנגדו/ה בסעיף 1 לפקודת התעבורה (למעט עבירה לפי סעיפים 3162, (9)62, 64, 64א ו- 67 לפקודת תעבורה לפקודת התעבורה);
  - (ב) עבירה שנקבעה כעבירת קנס לפי כול חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום;
  - (ג) עבירה שנקבעה כעבירה מנהלית לפי כול חיקוק, שתובע לא הגיש בשלה כתב אישום;
  - (ד) בעבירות לפי חוק התכנון והבנייה, התשכ"ה-1965 - יש לדווח רק על כתבי אישום והרשעות.

## יש לגשת לתחנת המשטרה במקום מגוריך עם שני העמודים הבאים ותעודת זהות

### טופס 1

תקנה 2 (א)(1)-1-(ב)(2)

#### בקשת בגיר לקבל אישור משטרה

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למותן שירות לקטינים, התשס"א - 2001 (להלן - החוק).

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
_____	_____	_____
תאריך לידה	המנע	מיקוד
_____	_____	_____

מבקש כי יונתן לי אישור משטרה לכך שאין מניעה לפי החוק להעסקתי במוסד המצוין בטופס 2 המצורף.

2. אני מייפה את כוחו של \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

להגיש בקשה זו בשמי. \_\_\_\_\_

תעודת זהות \_\_\_\_\_

מצי"ב:

1. תעודת מוסד - טופס 2.
2. צילום תעודת זהות של הבגיר.\*

\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

\* אם מגיש הבקשה איננו הבגיר.

**טופס 2**

(תקנה 2 (א)(1))

**תעודת מוסד**

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים, התשס"א - 2001 (להלן - החוק).

שם המוסד <sup>1</sup> המרכז הרפואי שהם סוג המוסד <sup>2</sup> בית חולים

מספר רישום <sup>3</sup> 500106968 מען המוסד <sup>4</sup> דרך הנדיב 2 פרדס חנה-כרכור

מיקוד \_\_\_\_\_ טלפון: 04-6375605

אני הח"מ \_\_\_\_\_ יהודה \_\_\_\_\_ אביצור \_\_\_\_\_ 031883689

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מנהל המוסד <sup>4</sup> ד"ר טניה בוגוסלבסקי / מנהל התאגיד \_\_\_\_\_ / שם המוסד \_\_\_\_\_ שם התאגיד \_\_\_\_\_

אחראי על קבלת אדם לעבודה ב \_\_\_\_\_ המרכז הרפואי שהם / \_\_\_\_\_ / שם הרשות מקומית \_\_\_\_\_ משרד ממשלתי

**מאשר כי תעודה זו ניתנת על ידי בענין העסקתו במוסד של**

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

אני מצהיר כי המוסד האמור הוא מוסד כהגדרתו בחוק.

משרד הבריאות  
המרכז הרפואי "שהם"  
מחלקת משאבי אנוש

חתימה

תאריך

1. אם שם המוסד אינו ידוע בעת הגשת הבקשה, יצוין סוג המוסד בלבד, ואין צורך למלא את פרטי מען המוסד.  
2. נא ציין את סוג המוסד מתוך הרשימה שלהלן:

בית ספר שלומדים בו קטינים, מוסד חינוכי ששוהים בו קטינים, מעונות לקטינים, מעונות יום ומשפחתונים לקטינים, מרכזי תרבות נוער וספורט, מכוני כושר ומועדוני ספורט שבהם מתאמנים בין השאר קטינים, גן ילדים, גן חיות, גן שעשועים, תנועת נוער, עסק להסעה העוסק בין השאר בהסעת קבוצות קטינים, עסק העוסק בין השאר בארגון טיולים לקטינים או באבטחת קטינים, בריכת שחיה הפתוחה גם לקטינים, קייטנה, פנימיה או מועדון שבהם שוהים קטינים, מרפאות ובתי חולים לילדים, מחלקות ילדים בבתי חולים.

3. אם התאגיד רשום על פי חוק.  
4. נא מלא את האפשרות המתאימה מבין ארבע האפשרויות: מנהל מוסד או מנהל תאגיד או אחראי במשרד ממשלתי או אחראי ברשות מקומית.

## הצהרה והנחיות אבטחת מידע לסטודנט

### 1. כללי

- 1.1. סטודנטים בבית החולים עלולים להיחשף במהלך ביצוע תפקידם למידע חסוי ומידע חסוי ביותר. מידע זה כולל: כל מידע רפואי על אזרחי מדינת ישראל, מידע על מחלות קשות, מידע גנטי, מידע על תיקי אימוץ וכו', וכן מידע אישי על עובדי בית החולים ומידע פיננסי של בית החולים וכל מידע אחר שיוגדר כחסוי.
- 1.2. כל מידע חסוי וחסוי ביותר אליו תחשפו במהלך עבודתכם בבית החולים, מחויב להיות מוגן עפ"י "חוק הגנת הפרטיות".
- 1.3. מודגש בזאת כי **סודיותו** של מידע חסוי וחסוי ביותר אליו תחשפו במהלך עבודתכם בבית החולים חייבת להישמר.

### 2. עיקרון האחריות האישית

- כל סטודנט במרכז הרפואי שהם אחראי באופן אישי לאבטחת המידע אליו הוא נחשף במהלך עבודתו. על העובד לנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותו על מנת להגן על מידע זה.

### 3. שמירת סודיות

- 3.1. כל הסטודנטים בבית החולים מחויבים לשמור על סודיות המידע והנתונים אליהם הם נחשפים במהלך עבודתם.
- 3.2. חל איסור לשתף גורם שאינו מורשה במידע חסוי וחסוי ביותר הקשור לעבודה בבית החולים (כולל שיתוף עמיתים לעבודה אשר המידע אינו רלוונטי לעבודתם).
- 3.3. תוקפו של ההסכם באשר למידע עסקי – ללא תפוגה.
- 3.4. תוקפו של ההסכם באשר למידע רפואי – ללא תפוגה.

### 4. מסירת מידע רפואי

- 4.1. ככלל חל איסור להוציא ו/או למסור מידע רפואי מחוץ לבית החולים ולכול גורם.
- 4.2. במידה ונדרשת העברת מידע רפואי הדבר יעשה בהתאם לנוהל "10.9 נוהל מסירת מידע רפואי" בלבד.

### 5. הוצאת מידע מבית החולים

- 5.1. חל איסור חמור להוציא מידע חסוי וחסוי ביותר מבית החולים למעט במקרים הנדרשים ושאושרו ע"י המנהל הישיר וצרכי העבודה מחייבים זאת.

- 5.2. אין להוציא מצעי מידע המכילים מידע חסוי וחסוי ביותר אל מחוץ לכותלי הבית החולים, אלא באישור מיוחד של המנהל הישיר ובתיאום עם הממונה על אבטחת מידע. כמו כן אין להעביר מידע לגורמים חיצוניים אלא באישור הממונה על אבטחת מידע והמנהל הישיר.
- 5.3. בכל מקרה של הוצאת מידע ינקטו כל האמצעים הנדרשים לאבטח את המידע מחוץ למשרד.

## 6. התקנת תוכנות

- 6.1. חל איסור מוחלט להתקין במחשבי בית החולים תוכנות. כל תוכנה תותקן על המחשב ע"י מחלקת מערכות המידע בלבד ולאחר שאושרה בהיבטי מחשוב ואבטחת מידע. לא יאושרו תוכנות העלולות לפגוע בתפקוד המחשב, תפקוד רשת בית החולים או לחשוף מידע חסוי או חסוי ביותר של בית החולים.
- 6.2. בכל מקרה של צורך בתוכנה חדשה, יש לפנות למחלקת מערכות המידע ולבצע את הרכישה וההתקנה באמצעותה.

## 7. התקנת חומרה

- 7.1. חל איסור מוחלט להתקין ו/או לחבר למחשבי בית החולים כל חומרה מכל סוג. כל חומרה תותקן על המחשב ע"י מחלקת מערכות המידע בלבד ולאחר שאושרה בהיבטי מחשוב ואבטחת מידע. לא יאושרו חומרות העלולות לפגוע בתפקוד המחשב, תפקוד רשת בית החולים או לחשוף מידע חסוי או חסוי ביותר של בית החולים.
- 7.2. בכל מקרה של צורך בחומרה חדשה, יש לפנות למחלקת מערכות המידע ולבצע את הרכישה וההתקנה באמצעותה.

## 8. שם משתמש וסיסמא

- 8.1. שם המשתמש הוא אישי ונועד לשימוש של המשתמש בלבד ולצורך ביצוע עבודתו.
- 8.2. הסיסמא מהווה מפתח גישה למידע רגיש ביותר ולמערכות, ולפיכך עליה להיות אישית וסודית.
- 8.3. חל איסור למסור את שם המשתמש והסיסמא שלך לאדם אחר או להשתמש בשם משתמש וסיסמא של עובד/סטודנט אחר במהלך עבודתך.
- 8.4. חל איסור על שמירת הסיסמא במקום בו היא עלולה להיחשף.
- 8.5. בכל מקרה של חשיפת הסיסמא או חשד לחשיפתה, יש להחליף את הסיסמא מידית ולדווח לממונה על אבטחת המידע על המקרה.

## 9. עזיבת עמדת העבודה

- 9.1. משתמש העוזב את עמדתו ינעל את מחשבו (CTRL+Alt+Delete).
- 9.2. בתום יום העבודה יבוצע תהליך סיום עבודה מסודר הכולל יציאה מכל המערכות וכיבוי של תחנת העבודה.

- 9.3 יש להקפיד על קיום מדיניות "שולחן נקי", הכוללת ניקוי שולחן העבודה מכל ניירת או מדיה בסיווג "חסוי" או "חסוי ביותר".
- 9.4 יש להקפיד לאחסן כל נייר או מדיה המכילים מידע "חסוי" או "חסוי ביותר" במיקום מאובטח (ארון נעול, מגירה נעולה או כספת) בתום יום העבודה או בעת עזיבת העמדה.
- 9.5 יש לוודא כי לגורמים שאינם מוסמכים (עמיתים לעבודה, אורחים, ספקים, קהל), לא תהיה גישה לחומרים בסיווג חסוי או חסוי ביותר.
- 9.6 יש לגרוס כל נייר משרדי שאין בו עוד צורך ובפרט מידע חסוי ביותר ומידע חסוי.
- 9.7 גם ניירת שאינה מכילה מידע רפואי או מידע בכלל תיגרס ע"מ למנוע טעויות.

## 10. שימוש באינטרנט

- 10.1 חל איסור להעביר מידע שהינו חסוי וחסוי ביותר באמצעות היישומים השונים שברשת האינטרנט, אלא עפ"י הנחיות הממונה על אבטחת המידע במרכז הרפואי שוהם.
- 10.2 אין לבצע הורדת קבצים מרשת האינטרנט. אישור חריג להורדת קבצים, יינתן רק לפי צורך הכרחי וחיוני, ובפניה למנהל מחלקת מערכות המידע.
- 10.3 יש להימנע ממסירת פרטים אישיים וחל איסור למסור את כתובת האימייל של מקום העבודה בעת רישום לאתרי אינטרנט, למעט רישום לאתרים הקשורים לעבודה.

## 11. שימוש נאות בציוד המשרד

- 11.1 חל איסור לבצע בציוד המחשוב של בית החולים כל פעילות החורגת ממסגרת התפקיד.
- 11.2 חל איסור לבצע שימוש פרטי בציוד המחשוב של בית החולים.
- 11.3 חל איסור לחבר או להכניס מדיה מגנטית פרטית או של גורם חיצוני למחשבי המשרד (דיסק און קי, CD, DVD, HD חיצוני וכו').
- 11.4 חל איסור לחבר טלפונים סלולריים למחשבי בית החולים.
- 11.5 חל איסור להפסיק את פעולת המערכות לאבטחת מידע כגון אנטי וירוס.
- 11.6 על כל מחשב נייד עליו שמור מידע של הבית החולים, תותקן תוכנת הגנת והצפנת מידע המאושרים ע"י מנהל מערכות המידע והמשתמש יקבל תדריך בנוגע לסיכונים הייחודיים למחשבים ניידים
- 11.7 חל איסור לשנות את הגדרות המחשב.

## 12. שימוש בדואר אלקטרוני

- 12.1 השימוש בדואר אלקטרוני נועד לצורכי העבודה והתפקיד ולא לצרכים פרטיים.
- 12.2 חל איסור לשלוח מיילים בעלי תוכן פוגעני.
- 12.3 חל איסור לשלוח מכתבי שרשרת ושאר מיילים המפריעים למהלך התקין של העבודה.
- 12.4 אין לפתוח הודעות דואר אלקטרוני או קבצים מצורפים אשר מקורם אינו מוכר או אינו סביר.
- 12.5 על מנת למנוע משלוח בטעות דואר לגורם שאינו מוסמך יש לוודא לפני כל משלוח דואר את רשימת המכותבים והרלוונטיות שלהם למידע הכתוב.

### 13. שימוש במדפסות ובמכשירי פקס

- 13.1. הסטודנט אחראי לאסוף את החומר מהמדפסת מיד לאחר שליחתו להדפסה, על מנת לוודא כי החומר המודפס לא יילקח על ידי גורם לא מורשה.
- 13.2. העברת מידע בפקס: יש להפעיל שיקול דעת לפני העברת מידע בפקס תוך התייחסות לסיכונים הכרוכים בכך.
- 13.3. במקרה של מכשיר פקס מרכזי, הנמצא בשטח ציבורי, יש להשגיח שהחומר הנכנס או היוצא לא יילקח על ידי אדם אחר.

### 14. אבטחה פיזית

- 14.1. יש להקפיד כי גורמים שאינם מורשים או אינם מוכרים לא יכנסו אל שטחי אתרי הבית החולים.
- 14.2. יש לנעול את דלת המשרד בסוף יום עבודה.
- 14.3. בכל מקרה בו מזהה הסטודנט גורמים שאינם מוכרים לו או מתנהלים בצורה חשודה באזורי העבודה השונים, יש לוודא את זהות הגורם וללוות לנקודה אליה צריך להגיע. בכל חשד לפעילות לא חוקית, יש לדווח מידית למנהל הישיר ולמנב"ט.

### 15. דיווח על אירועי אבטחת מידע

- סטודנט המזהה אירוע / בעיית אבטחת מידע ידווח עליו באופן מידי לממונה אבטחת מידע בבית החולים. סוגי אירועים עליהם יש לדווח:
- 14.1. עבירות אבטחת מידע הנעשות ע"י הסטודנט/ית עצמו/ה ו/או עובדים/סטודנטים אחרים.
  - 14.2. חשד לפריצות אבטחת מידע במערכות השונות ובמחשב האישי.
  - 14.3. חשד כלשהו כי המידע האגור במערכות נפגע (נמחק/ שונה/ נחשף).
  - 14.4. חשד של סטודנט/ית כי נעשה שימוש לא מורשה בזיהוי המשתמש שלו.

אני מצהיר כי קראתי את ההוראות וההנחיות בנוגע להנחיות אבטחת מידע כאמור לעיל בנוהל זה וכי הבנתי את תוכנו ומשמעותן ואת חובותיי על פיהן.

ידוע לי כי במידה ולא אמלא את חובותיי כאמור לעיל, עלולים להינקט כנגדי צעדים וסנקציות בהתאם לחוק ולנהלי בית החולים.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

(נא למלא מוסד לימודים) \_\_\_\_\_

### כתב ויתור על סודיות

1. אני החתום/מה מטה, נותן בזה רשות למרכז הרפואי שהם ו/או לגורם המוסמך מטעמה לפנות ל \_\_\_\_\_ ("המוסד האקדמי"), לצורך אימות לימודי או כל נושא אחר.
2. בחתימתי על מסמך זה, הנני משחרר/ת את המרכז הרפואי שהם ו/או מי מעובדיה ו/או מי מטעמה מכל טענה של הפרת סודיות הקשורה לקבלת ו/או שימוש במידע שיבוקש/יתקבל.
3. ידוע לי וברור לי שהמידע נדרש לצורך אימות היותי סטודנט בהכשרה קלינית.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



## תקנון למניעת הטרדה מינית

מרכז רפואי "שהם", חורט על דגלו קידום סביבת עבודה, תרבות ואווירה בטוחה מגינה ומכבדת. עיקרי הוראות החוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח-1998 ותקנותיו, בהתאם לסעיף 7(ב) לחוק, כל שימוש בלשון נקבה מתייחס גם לזכר ולהפך.

הטרדה מינית והתנכלות על רקע מיני פוגעות בכבוד האדם, בחירותו, בפרטיותו, ובשוויון בין המינים. הטרדה מינית היא התנהגות אסורה בחוק. המטריד צפוי לעונש של עד שנתיים מאסר. בנסיבות שבהן המטריד מינית פרסם תצלום המתמקד במיניותו של אדם שלא בהסכמתו דינו שלוש שנים.

### **למי מתייחס החוק:**

ההטרדה וההתנכלות יכולות להתבצע על ידי גברים ונשים כאחד ולהיות מופנית לבני ובנות שני המינים.

### **המעשים האסורים:**

הצעות או התייחסויות מיניות אל גבר/אישה לא מעוניינת, או תוך ניצול מרות, וכן ביזוי והשפלה על רקע מינו/ה או מיניותו/ה עלולים להוות הטרדה מינית.

כדי שהתנהגות תהווה הטרדה מינית עליה להיות בעלת אופי מיני (לכן הזמנה לקפה או מחמאה על תספורת לרוב אינן הטרדה, כל עוד אינן נעשות לאור הבעת אי הסכמה), אך היא אינה חייבת לנבוע ממניעים מיניים או לשרת מטרת מיניות. למשל, גם מעשים הנעשים כדי להשפיל, להפחיד, להציק או לדחוק רגליים יכולים להוות הטרדה.

במקרים בהם ההתייחסויות או ההצעות נעשות תוך ניצול יחסי כוחות בלתי שווים (למשל בין עובד/ת לממונה עליו/ה)- עצם הפניות החוזרות מהווה עבירה, גם אם האדם אליו מופנות ההתייחסויות או ההצעות לא הראה שאינו מעוניין בהן.

### **המעשים הבאים אסורים גם אם נעשו באופן חד פעמי:**

- סחיטה באיומים לביצוע מעשה בעל אופי מיני.
- מעשה מגונה (מעשה לשם ביזוי, או גירוי או סיפוק מיני, שנעשה ללא הסכמת המתלונן/ת).
- התייחסות משפילה או מבזה המופנית לגבר/אישה ביחס למינו/ה, למיניותו/ה או לנטייתו/ה המינית.
- פרסום תצלום, סרט או הקלטה של גבר/אישה, המתמקד במיניותו/ה, בנסיבות שבהן הפרסום עלול להשפיל את הגבר/האישה או לבזותו/ה, ללא הסכמתו/ה.

### **המעשים הבאים אסורים רק כאשר מתקיימות כל הנסיבות הבאות:**

- התייחסויות המתקדמות במיניות או הצעות חוזרות בעלות אופי מיני.
- הגבר/האישה שהתייחסויות או ההצעות מופנות אליו/ה, הראה/תה למטריד בבירור (במלים או בהתנהגות) שהוא אינו מעוניין/ת בהן.
- המטריד ממשיך בהתייחסויות/בהצעות גם לאחר הבעת חוסר עניין מצד אותו/ה גבר/אישה.

### התנכלות אסורה:

גגיעה שמקורה בהטרדה מינית או בתלונה או בתביעה שהוגשה בגין הטרדה מינית.

### מה לא ייחשב כהטרדה מינית:

כל סוג של אינטראקציה שאינה מינית וחיזורים הנעשים ברוח טובה, מתוך הסכמה הדדית ורצון חופשי של כל המעורבים/ות.

### הליך הגשת התלונה – ניתן לבחור באפשרויות הבאות בכולן או בחלקן:

- **הליך משמעותי:** פנייה לממונה על השוויון המגדרי במרכז הרפואי שהם, למנהלת האגף לשוויון מגדרי בנש"מ או לאגף המשמעת בשירות המדינה. מתלונן/ת רשאית לפנות בתלונה גם לממונים עליו/ה במשרד, שמחויבת לדווח לאחד מהגורמים הנ"ל.
- **הליך פלילי:** הגשת תלונה במשטרה. במידה ונפתח הליך פלילי.
- **הליך אזרחי (תביעה נזיקית):** ניתן לתבוע פיצויים בתביעה אזרחית נזיקית בבית משפט או בבית הדין לעבודה, אם ההטרדה התרחשה בסביבת העבודה.

### כתובות להגשת התלונה:

מ"מ הממונה על שוויון מגדרי ויועצת המנכ"ל/ית לקידום נשים

גב' נועה רפאל גולדרייך

נייד: 052-3797796

סודיות מובטחת ליווי ותמיכה במתלוננים/ות.

- האגף לשוויון מגדרי בנציבות שירות המדינה בטלפון: 02-6705491 או במייל: [hatrada@csc.gov.il](mailto:hatrada@csc.gov.il) או לאגף משמעת בנציבות שירות המדינה: 02-6705226/7, או לאגף החקירות בשירות המדינה: 02-5089571.

**אני הח"מ מאשר כי קראתי את התקנון ומתחייב לפעול בהתאם להנחיותיו.**

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_