

שאלון אישי

* חובה לצרף לטופס זה צילום ת"ז ואישור רפואי על כשירות לעבודה

1. פרטים אישיים:

מספר תעודת זהות: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

שם האב: _____ שם האם: _____ תאריך לידה: ____/____/____

ארץ לידה: _____ תאריך עליה: ____/____/____ מין: ☐ זכר ☐ נקבה

כתובת: _____

טל' בבית: _____ טל' סלולארי: _____

כתובת e-mail: _____

2. פרטי משפחה (ילדים מתחת לגיל 18)

מצב משפחתי: ☐ ר ☐ נ ☐ א ☐ ג שם בן/בת זוג: _____

מספר תעודת זהות: _____ מקום עבודה: _____

מספר ילדים עד גיל 18: _____

שם הילד/ה	תאריך לידה	תעודת זהות
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

אבשלום
אוהד
אורים
בארי
בני נצרים
גבולות
דקל
חולית
יבול
ישע
יתד
כיסופים
כרם שלום
מבטחים
מגן
נווה
ניר יצחק
ניר עוז
נירים
סופה
עין הבשור
עין השלושה
עמיעוז
פריגן
צאלים
צוחר
רעים
שדה ניצן
שדי אברהם
שלומית
תלמי אליהו
תלמי יוסף



3. השכלה (בצרוף תעודות)

שם ביה"ס	יסודית	תיכונית	גבוהה	השתלמויות/קורסים
מס' שנות לימוד				
מקצוע/מגמה				
תאריך גמר				
תעודה/תואר				

4. שרות בצה"ל ושרות לאומי

מתאריך עד תאריך דרגה פרופיל

סדיר/שירות לאומי

קבע

☐ אי שרות הסיבה:

מספר אישי

5. מקומות עבודה קודמים

המעביד	סוג עבודה ותפקיד	סיבת הפסקת עבודה	תקופה העבודה

6. חברות בקופת חולים: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת

7. השתייכות לאיגוד מקצועי: שם הארגון _____

הצהרת העובד:

- הנני מצהיר בזאת שהפרטים כפי שמסרתי בשאלון מלאים ונכונים.
- הנני מצהיר בזאת שאווזר על סודיות רפואית בכל בדיקה רפואית אליה אשלח ע"י הרשות המקומית וידוע לי שבדיקה זו היא תנאי להעסקה ברשות מקומית.

תאריך

חתימה העובד



אבשלום
אוהד
אורים
בארי
בני נצרים
גבולות
דקל
חולית
יבול
ישע
יתד
כיסופים
כרם שלום
מבטחים
מגן
נווה
ניר יצחק
ניר עוז
נירים
סופה
עין הבשור
עין השלושה
עמיעוז
פריגן
צאלים
צוחר
רעים
שדה ניצן
שדי אברהם
שלומית
תלמי אליהו
תלמי יוסף