



(5.1.2)

משרד הבריאות  
אגף משאבי אנוש

\* נא למלא בכתב יד ברור  
ולתקופת על תאריכים מלאים.

## שאלון אישי - למילוי ידני

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מס' עובד	1

מקצוע	ארץ לידה	תאריך לידה	תאריך עליה	מין	מס' זהות	2
		(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			

מיקוד	מס' טלפון וסלולרי	מס' בית	רחוב	שם הישוב	3

פרטי בן/בת זוג				מצב משפחתי:		4
מס' זהות	תאריך לידה	שם משפחה	שם פרטי	תאריך נישואין	בן/בת זוג עובד/ת?	מצב משפחתי:
	(שנה/חודש/יום)			(שנה/חודש/יום)		

ילדים				ילדים				5
מס' זהות	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מס' זהות	שם פרטי	מין	תאריך לידה	
			(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	
			(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	
			(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	

יחידת מילואים				שירות צבאי			6
פטור (כן/לא)	מקצוע צבאי	טלפון	ד.צ.	חיל	דרגה	מס' אישי	

אם לא שרתת בצבא, נא לציין סיבה:	מיצוי זכויות (פנסיה/פיצויים/רכישת זכויות)	עד תאריך	מתאריך	סוג שירות	7
		(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	חובה	
		(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	קבע	
		(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	שירות לאומי	

8

השכלה						
תאריך זכאות לתואר/ תעודה	תעודה / תואר	מקצוע עיקרי	שם המוסד	עד תאריך	מתאריך	סוג*
(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	
(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	
(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	
(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	
(שנה/חודש/יום)				(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)	

\* תיכון עיוני / תיכון מקצועי / תיכון חלקי / על תיכוני / גבוה

9

מתאריך	תאריך סיום	שם הקורס	שם המוסד	שעות	תעודה (אין/יש)
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)				
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)				
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)				
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)				

10

ידיעת שפות (ניתן להוסיף שפות)							
שפה	*קריאה	*כתיבה	*דיבור	שפה	*קריאה	*כתיבה	*דיבור
עברית							
אנגלית							
צרפתית							
ערבית							

1 – שפת אם – 2 שליטה מעולה – 3 שליטה בסיסית

11

מקומות עבודה קודמים				
מתאריך	עד תאריך	התפקיד	שם המעביד	*מיצוי זכויות
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			
(שנה/חודש/יום)	(שנה/חודש/יום)			

\*מיצוי זכויות – יש לציין : הקפאת זכויות ; רציפות זכויות ; רכישה מלאה ; רכישה חלקית ; פיצויים.

**קרובי משפחה המועסקים בשירות משרד הביטחון**

שם משפחה	שם פרטי	הקירבה	היחידה	מס' עובד

הערות:

---



---



---



---



---



---



---

חתימת העובד/ת

תאריך מילוי השאלון