



טופס הגשת מועמדות למשרה פנויה

הוראות למילוי הטופס:

הטופס ימולא ב-2 עותקים ויצורפו אליו העתקים מאושרים או מאומתים של תעודות המעידות על השכלת המועמדת, על הסמכתה לתפקיד וניסיונה התעסוקתי, כמו גם חוות דעת בכתב של הממונה הישיר וחוות דעת רפואית של רופא מטפל.

| 1. פרטים אישיים | | | | | |
|--|-------------|--------------------|-------------|---------|-------|
| שם פרטי | שם משפחה | שם באותיות לטיניות | שם קודם | | |
| מספר ת.ז. | מין | שם האב | מצב משפחתי | | |
| תאריך לידה | ארץ לידה | שנת עלייה | אזרחות | | |
| כתובת | כתובת דוא"ל | מס' טלפון | מס' סלולארי | | |
| 2. ידיעת שפות – יש למלא מ 1 עד 5 (1 נמוך ביותר, 5 גבוה ביותר) | | | | | |
| שפה | קריאה | כתיבה | דיבור | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 3. פרטי השכלה – יש לסמן X במשבצת המתאימה (יסודית, תיכונית, מקצועית, גבוהה) | | | | | |
| שם מוסד | תואר/תעודה | יסודית | תיכונית | מקצועית | גבוהה |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



| 4. השתלמויות | | | | | | |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| שם הקורס | מועד הקורס | משך הקורס | מקום הקורס | מקום הקורס | מקום הקורס | מקום הקורס |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 5. פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הציבורי | | | | | | |
| ארגון | יחידה | תפקיד | דירוג | דרגה | תאריך התחלה | תאריך סיום |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 6. פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הפרטי | | | | | | |
| פרטי תעסוקה | מתאריך: | מתאריך: | מתאריך: | מתאריך: | מתאריך: | מתאריך: |
| | עד תאריך: | עד תאריך: | עד תאריך: | עד תאריך: | עד תאריך: | עד תאריך: |
| שם המעביד: | | | | | | |
| כתובת: | | | | | | |
| סוג העבודה: | | | | | | |
| תפקיד: | | | | | | |
| שכר אחרון: | | | | | | |
| סיבת הפסקת עבודה: | | | | | | |
| 7. קרובי משפחה המועסקים במועצה דתית או מכהנים כחברי מועצה דתית | | | | | | |
| שם מלא | קרבה משפחתית | מועצה דתית | יחידה | תפקיד | תפקיד | תפקיד |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 8. שירות בצה"ל | | | | | | |
| שירות מלא | תאריך גיוס | תאריך שחרור | תאריך שחרור | תאריך שחרור | תאריך שחרור | תאריך שחרור |
| כן / לא | | | | | | |
| מס' אישי | יחידה | דרגה סופית | דרגה סופית | דרגה סופית | דרגה סופית | דרגה סופית |
| | | | | | | |
| סיבה לאי שירות (יש לצרף אסמכתא מתאימה): | | | | | | |



9. בחינות

נבחנתי בעבר ע"י המועצה הדתית _____ בכתב/בעל פה, בתאריך _____ במקום _____ למשרה _____ / לא נבחנתי כלל (להקיף בעיגול).

10. ממליצים

| שם מלא | תפקיד | ארגון | טלפון |
|--------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. הצהרת המועמדת

אני מצהירה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם נכונים.

תאריך _____ חתימה _____

12. הצהרת המועצה הדתית

אני מצהיר בזאת כי בדקתי את כל הפרטים בטופס זה וכי הם נמצאו נכונים (יש לסמן X ליד כל סעיף שאומת):

1. פרטים אישיים
2. פרטי משפחה
3. פרטי השכלה והשתלמויות
4. פרטי תעסוקה
5. שרות צבאי

תאריך _____ שם _____ חתימה _____