**תיאור המשרה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**הוראות למילוי הטופס:**

הטופס ימולא ב-2 עותקים ויצורפו אליו העתקים מאושרים או מאומתים של תעודות המעידות על השכלת המועמד/ת וניסיונו 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** | |
|  | |  | | | |  | | רווק /נשוי /גרוש / אלמן | |
| **תאריך לידה** | | **ארץ לידה** | | | | **שנת עלייה** | | **אזרחות** | |
|  | |  | | | |  | |  | |
| **כתובת** | | | **כתובת דוא"ל** | | | **מס' טלפון** | | **מס' סלולארי** | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 1. **ידיעת שפות** – יש למלא מ 1 עד 5 (1 נמוך ביותר, 5 גבוה ביותר) | | | | | | | | | |
| **שפה** | **קריאה** | | | | **כתיבה** | | | **דיבור** | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| 1. **פרטי השכלה** – יש לסמן X במשבצת המתאימה (יסודית, תיכונית, מקצועית, גבוהה) | | | | | | | | | |
| **שם מוסד** | **תואר/תעודה** | | | **יסודית** | **תיכונית** | | **מקצועית** | | **גבוהה** |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **השתלמויות** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שם הקורס** | | **מועד הקורס** | | | | | | | | **משך הקורס** | | | | | **מקום הקורס** | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 1. **פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הציבורי** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ארגון** | **יחידה** | | | | **תפקיד** | | | | **דירוג** | | **דרגה** | | | **תאריך התחלה** | | | | **תאריך סיום** |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  |
| 1. **פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הפרטי** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי תעסוקה** | | | **מתאריך:** | | | | **מתאריך:** | | | | **מתאריך:** | | | | | | **מתאריך:** | |
| **עד תאריך:** | | | | **עד תאריך:** | | | | **עד תאריך:** | | | | | | **עד תאריך:** | |
| **שם המעביד:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **כתובת:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **סוג העבודה:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **תפקיד:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **שכר אחרון:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| **סיבת הפסקת עבודה: עבהעבודה:** | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 1. **קרובי משפחה המועסקים במועצה דתית או מכהנים כחברי מועצה דתית** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שם מלא** | | | | **קרבה משפחתית** | | | | **מועצה דתית** | | | | **יחידה** | | | | **תפקיד** | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 1. **שירות בצה"ל** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שירות מלא** | | | | | | **תאריך גיוס** | | | | | | | **תאריך שחרור** | | | | | |
| כן / לא | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **מס' אישי** | | | | | | **יחידה** | | | | | | | **דרגה סופית** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **סיבה לאי שירות** (יש לצרף אסמכתא מתאימה): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **בחינות** | | | |
| נבחנתי בעבר ע"י המועצה הדתית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בכתב/בעל פה, בתאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ במקום\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ למשרה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / לא נבחנתי כלל (להקיף בעיגול). | | | |
| 1. **ממליצים** | | | |
| **שם מלא** | **תפקיד** | **ארגון** | **טלפון** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **הצהרת המועמד** | | | |
| אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם נכונים.  תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1. **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |