



מנהיגות בניהול כעידן של חדשנות וטכנולוגיה

הקורס נועד להכשרת סגל מקצועות הבריאות לרכישת כלים ומיומנויות,
פיתוח מנהיגות אישית, יכולת ניהול וחזון מקצועי טכנולוגיות וחדשנות.

הקורס ייושם ומוצג בסדנאות צ"י מיטב המומחים בתחום הניהול בארץ

תאריך פתיחה – **13.10.2021** (פתיחת הקורס מותנית במספר הנרשמים)

מבנה הקורס:

32 מפגשים בהיקף 224 שעות*

* הקורס יוגש לגמול השתלמות

יום הלימוד:

יום ד', בין השעות 08:00-15:00

תנאי קבלה:

1. תעודת רישוי מקצועית
2. תפקיד ניהולי במחלקה/יחידה
3. עדיפות לבעלי תואר B.A
4. מעבר וועדת קבלה

שכר לימוד:

שכר הלימוד - 4,600 ₪ (ניתן לשלם בתשלומים)
דמי הרשמה - 200 ₪ (במקרה של ביטול לימודים, דמי ההרשמה לא יוחזרו)

אנחנו האחר מקואק אתנו היום !

לפרטים נוספים והרשמה, ניתן להתקשר לביה"ס לסיעוד "שמיר"
בטל': 08-9779471 לגב' שירה רחל (מזכירת הקורס)



הנחיות להרשמה:

יש לצרף לטופס הרישום:

- תמונת פספורט
- צילום תעודת זהות
- תעודת רישוי מקצועי
- אישור תפקיד ניהולי ע"י המעסיק
- תשלום דמי הרשמה בסך 200 ₪

טופס בקשה לרישום לקורס מנהיגות בניהול

שם משפחה _____ שם פרטי _____ (כפי שרשום בתעודת זהות)

שם בלועזית (אותיות דפוס): שם משפחה _____ שם פרטי _____

מספר תעודת זהות _____ נתינות _____ דת _____

כתובת: _____

העיר _____ רחוב/שכונה _____ בית מס' _____ מיקוד _____
:e-mail _____

טל' בבית _____ טל' נייד _____ טל' בעבודה _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____

מצב משפחתי: רווק/ה, נשוי/אה, גרוש/ה, אלמן/ה.

שנות לידה של הילדים: 20____ 20____ 19____ 19____ 19____

שרות בצבא: עתודאי/ת, שרות פעיל, פטור, אחרי שרות.

מקום עבודה נוכחי: שם המוסד _____ מחלקה _____ תפקיד _____

פרטים על בני המשפחה:

שם	ארץ לידה	מספר שנות השכלה	עיסוק
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

אב: _____
אם: _____
בן/בת זוג: _____

השכלה

סוג התעודה	תאריך סיום הלימודים	מקום ביה"ס ארץ ועיר	שם ביה"ס	ביה"ס
				תיכון
				מקצועי
				אוניברסיטה
				השתלמויות אחרות

שפות

אחרת	צרפתית	אנגלית	עברית	
				מדבר/ת
				קורא/ת
				כותב/ת

מקומות עבודה מיום גמר לימודים מקצועיים

המקום	התפקיד	היקף משרה	מיום	עד יום

המגיעים לבקשתך להשתתף בקורס: _____

האם מצב בריאותך תקין? אם לא – פרטי (להתייחס גם לכאבי גב, דליות ברגליים ושמיעה): _____

הערות: _____

תאריך: _____ חתימת המועמד/ת: _____

החלטת ועדת הקבלה: _____

תאריך: _____ חתימת יו"ר הועדה: _____



כתב התחייבות והצהרה על שמירת סודיות
ביה"ס האקדמי לסיעוד "שמיר" (אסף הרופא)

אני הח"מ _____, ת.ז. _____, מתחייב/ת בזאת לשמור בסודיות מוחלטת על כל מידע ו/או ידע ו/או סוד מקצועי שיגיעו אלי במהלך לימודיי בביה"ס האקדמי לסיעוד "אסף הרופא".

הנני מתחייב/ת בזה שלא להשתמש בידע ו/או במידע שיגיעו אלי כאמור בכל צורה ואופן שלא במסגרת תפקידי ו/או לגלותם ו/או להעבירם לאחר, כולם או מקצתם במישרין ו/או בעקיפין.

התחייבותי האמורה תחול עלי גם לאחר שאסיים את לימודיי בביה"ס.

חתימה

תאריך



מכון התקנים הישראלי

המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא) צריפין 7033001, טל': 08-9779470\1\2 פקס: 08-9542449
אתר ביה"ס: www.asafschoo1.co.il e-mail: nurseschool@shamir.gov.il



תומך-ליסות מפרטת