



# גנטיקה וקידום בריאות לאחיות מוסמכות

## הקורס ייפתח בתאריך 2.2.25

### מטרות הקורס:

העמקת ידע לצד חידושים מדעיים ויישומם בחיי היומיום בתחומים שונים של בריאות האישה.

### אוכלוסיית היעד:

אח/ות מוסמכת/ת

### מבנה הקורס:

הלימודים יתקיימו במשך 16 מפגשים בימי ראשון בין השעות 08:00-15:00 בלמידה פרונטלית בבית הספר ובחינה.

### היקף הקורס:

112 שעות

### דרישות הקורס:

- נוכחות מלאה
- בחינה מסכמת בציון עובר 70

### תנאי קבלה:

תעודת אח/ות מוסמכת/ת

### שכר לימוד:

דמי הרשמה – 100 ₪ (במקרה של ביטול מצד הנרשם דמי רישום לא יוחזרו).

### שכר הלימוד:

2500 ₪ (ניתן לחלק ל-4 תשלומים)

### הקורס יוגש לגמול השתלמות בסיום הקורס

לפרטים נוספים והרשמה ניתן להתקשר לביה"ס לסייעוד "שמיר" (אסף הרופא)

בטל': 08-9779471/2 אנג'לה מלייב

ניתן לשלוח את הטפסים לכתובת מייל: [rachelr@shamir.gov.il](mailto:rachelr@shamir.gov.il)

**הקדימו את הרשמתכם!**

**פתיחת הקורס מותנית במס' הנרשמים!**

## טופס הרשמה לקורס "גנטיקה וקיזום בריאות לאחיות מוסמכות"

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_

טל' בבית: \_\_\_\_\_ טל' נייד: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

מקום עבודה \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_

**\*נא לצרף צילום תעודת אח/ות מוסמכ/ת, צילום תעודת זהות**

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_



**הגדון : כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד עבור תכנית לימודים בבית הספר לסייעוד**

**חלק א' - פרטים אישיים**

אני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון סלולארי \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל \_\_\_\_\_

לומד/ת בקורס "גנטיקה וקידום בריאות לאחיות מוסמכות"

מועד פתיחה: 2.2.25

**חלק ב' - מהות ההתחייבות**

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלהלן:

1. שכר הלימוד בו אני מתחייב/ת לעמוד הוא בגובה של 2500 ש"ח
2. ידוע לי שחתימתי על גבי הטופס מהווה התחייבות מצדי לתשלום שכר הלימוד כפי שאדרש.
3. ידוע לי שלא אהיה זכאי לכל אישור או תעודה כל עוד לא השלמתי שכר לימוד כנדרש.
4. ידוע לי שאם לא אשלם את שכר הלימוד כפי שאדרש אהיה מחויב גם בריבית והצמדה למדד, כנהוג במשרד.

חתימת המשתלם \_\_\_\_\_ תאריך החתימה \_\_\_\_\_