

**טופס הפניית מועמד להשתלמות מוכרת בסיעוד**  
**בתחום**

(לשימוש מנהלת הסיעוד בלבד)

שם המועמד \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

שם המוסד המעסיק \_\_\_\_\_

מחלקה/מרפאה/יחידה בה מועסק המועמד \_\_\_\_\_

תאריך תחילת העבודה במוסד \_\_\_\_\_ תחילת העבודה במחלקה \_\_\_\_\_

היקף משרה בה מועסק \_\_\_\_\_ מספר שנות וותק כאחיות מוסמכות \_\_\_\_\_

תפקיד נוכחי \_\_\_\_\_

חוות דעת על המועמד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מידת נחיצות מערכתית להכשרת המועמד במסגרת השתלמות מוכרת בתחום \_\_\_\_\_

(יש לסמן V בעמודה המתאימה):

הכרחי ודחוף	נחוץ במידה רבה	מומלץ, אך לא מחייב	אין צורך מערכתי	לא רצוי
5	4	3	2	1

נימוק למידת הנחיצות (יש להתייחס גם ליכולת ליישם את הנלמד במסגרת העבודה):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם וותימת מנהלת הסיעוד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_