

طلب توظيف	
صورة شخصية	يتكون هذا النموذج من 4 صفحات
	نوع الوظيفة:
	<ul style="list-style-type: none"> • لن ينظر في الطلبات غير المستوفية للشروط. • يرجى إرفاق ما يلي: (1) صورتين شخصيتين. (2) صورة عن الهوية. (3) نسخ عن جميع الشهادات والتراخيص. (4) صورة عن قسيمة الراتب.

معلومات شخصية	
هذا القسم خاص بـ (شؤون الموظفين) وليس لتقديم الطلب!	اسم العائلة الحالي
المركز/ الفرع	اسم العائلة السابق
	الاسم الشخصي كامل باللغة العربية (حسب جواز السفر)
رقم الموظف	الاسم الشخصي كامل باللغة الانجليزية (حسب جواز السفر)
	رقم بطاقة الهوية كامل
رقم الترخيص الطبي	تاريخ الولادة
	مكان الولادة
	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
	هل لديك تصريح؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	نوع التصريح <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> لم شمل
	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> مطلقة/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> آخر:
	عضو في صندوق المرضى <input type="checkbox"/> مؤحيدت <input type="checkbox"/> لثوميت <input type="checkbox"/> مكابي <input type="checkbox"/> كلاليت

العنوان الشخصي		
	شارع	المدينة
	ص.ب.	البلدة والحي
		البريد الإلكتروني
أرقام الاتصال		
الهاتف الخليوي (2)	الهاتف الخليوي (1)	الهاتف الأرضي

طلب توظيف
بيانات الزوج/ة

الاسم الشخصي للزوج/ة									
رقم بطاقة الهوية (ادخل/ي رقم الهوية في الخانات المخصصة)									
تاريخ الميلاد الدقيق (أدخل التاريخ في الخانات المخصصة)									
اليوم			الشهر			السنة			
عمل الزوج/ة					مكان العمل				
<input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> لا يعمل									
<input type="checkbox"/> مؤحيدت <input type="checkbox"/> لثوميت <input type="checkbox"/> مكابي <input type="checkbox"/> كلاليت									
عضو في صندوق المرضى									

تفاصيل الأبناء

حتى جيل 18 عام

تاريخ الميلاد				رقم الهوية				الجنس		الاسم	
اليوم		الشهر		السنة							
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		

أبناء أكبر من 18 عام

								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
								<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		

اللغات (اذكري اللغة وحددي المستوى)

اللغة	قراءة	كتابة	محادثة
	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم
	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم
	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم
	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> ممتاز <input type="checkbox"/> لغة أم

طلب توظيف
المؤهلات العلمية (يتوجب ارفاق نسخ مصدقة عن شهادات التخصص)

المؤهلات العلمية	الثانوية	الجامعية	دراسات عليا
عدد سنوات التعليم			
سنة التخرج			
اسم المؤسسة التعليمية وموقعها			
التخصص الاساسي			
الشهادة / اللقب			
المعدل			

دورات ومهارات (دورات تدريبية، ندوات، مؤتمرات، وورشات عمل)

اسم الدورة	اسم المؤسسة	مدة الدورة	
			1
			2
			3
			4
			5
			6

التراخيص الطبية الاسرائيلية

رقم الترخيص العام لمزاولة المهنة	التخصص	من تاريخ	
تاريخ الترخيص	التخصص	من تاريخ	
رقم ترخيص اخصائي (للأطباء فقط)	التخصص	من تاريخ	
رقم ترخيص اخصائي (للأطباء فقط)	التخصص	من تاريخ	
المرحلة أ من التخصص (للأطباء فقط)	المرحلة ب من التخصص (للأطباء فقط)	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
اسم المستشفى	اسم المستشفى		

طلب توظيف

الخبرات العملية بعد التخرج (يرجى إرفاق قسيمة الراتب (التلوش) من مكان العمل السابق + توصيات)

من تاريخ	من تاريخ	من تاريخ	من تاريخ	تفاصيل أماكن العمل السابقة
لغاية تاريخ	لغاية تاريخ	لغاية تاريخ	لغاية تاريخ	
				اسم المؤسسة
				حجم الوظيفة (كاملة/جزئية)
				الوظيفة
				اسم المدير المباشر السابق
				هاتف المدير المباشر السابق
				الاجر الكلي الاخير
				سبب ايقاف العمل

المعرفون - الأشخاص المذكورون أدناه يعرفونني معرفة تامة وعلى استعداد لتقديم توصياتهم بشأني

الاسم	العنوان	الهاتف	صلة القرابة	الوظيفة
1				
2				
3				

أقرباء يعملون في صناديق مرضى - سواء صندوق مؤحدات ام صندوق آخر أو مراكز طبية اخرى أو مستشفيات

الاسم الشخصي والعائلة	صلة القرابة	الوظيفة	صندوق المرضى العامل به	اجير / مستقل
1				
2				
3				

أنا الموقع أدناه، أقر بأن جميع ما ذكر من معلومات في هذا الطلب موافقة للواقع والحقيقة.

تاريخ تقديم الطلب	توقيع مقدم/ة الطلب