



שם העובד: _____

מסמכים הנדרשים להגשה ע"י העובד בתהליך קליטה בעבודה

עובדת יקר עם קבלתך לעבודה עליך למלא המסמכים המצורפים ולהשלים האישורים הנדרשים בהתאם לרשימה.

- כרטיס עובד (טופס 101).
- שאלון אישי.
- צילום ציק או תדפיס פרטי חשבון מהבנק.
- צילום ת"ז כולל ספח.
- צילום תעודת עולה (במידה ויש)
- אישור לימודים (תעודות).
- אישור על שרות צבאי \ לאומי.
- טופס שמירת סודיות חתום.
- קורות חיים.
- אישור וותק במידה ויש ממקומות עבודה קודמים (דרוג מנהלי רק מהמגזר הציבורי).
- הצהרה על עבודה יחידה.
- בחירת קרן פנסיה.
- הצהרת עובד על בריאותו.
- אישור רפואי על מצב בריאותו מרופא המשפחה.
- הסכם להפקדת פיצויי פיטורין.
- השתתפות בתשלום ועד עובדים.
- אישור דיווח מעסיקים מביטוח לאומי על מקומות עבודה קודמים.
- טופס הצטרפות להסתדרות חתום.
- צילום רשיון נהיגה.
- אישור משטרה לגברים במידה ועובדים בבית הספר או עם ילדים\נוער (אבות בית, פסיכולוגים, סייעים\מלווים, מדריכים וכו.....).

בכבוד רב
יעל סוקולר
מנהלת משאבי אנוש

חתימת העובד _____



שאלון אישי

1. פרטיים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' זהות: _____
שם האב / האם: _____ תאריך לידה שלך: _____
כתובת: _____ טלפון בבית: _____ פלפון: _____
כתובת מייל: _____

2. פרטי המשפחה (ילדים מתחת לגיל 18)

מעמד: ר / נ / א / ג / שם בן/בת הזוג: _____ מס' זהות: _____
שם הילד: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
תאריך לידה: _____
ת. זהות: _____

3. השכלה (בצירוף תעודות)

שם ביה"ס	כודית	ניכונות	בוהה	שתלמויות
מס' שנות לימוד				
מקצוע / מגמה				
תאריך גמר				
תעודה / תואר				

4. ידיעת שפות

עברית: _____ אנגלית: _____ אחר: _____

5. שרות בצה"ל (שרות לאומי)

מתאריך: _____ עד תאריך: _____ דרגה: _____



6. מקומות עבודה קודמים

המעביד : _____ תפקיד בעבודה : _____ שנים : _____

7. קצובת נסיעה

אני מבקש לקבל קצובת נסיעה לפי קווי נסיעה כמפורט להלן :	מס' הקו	נתחנה	תחנה	מס' התחנות	אחיר בכיוון אחד

8. חברות בקופת חולים

שם הקופה : _____

9. פרטי בנק (לצורך העברת משכורת) יש לצרף צילום צ'ק או תדפיס פרטי חשבון בנק

שם הבנק : _____ כתובת הסניף : _____ מס' חשבון : _____

הצהרת העובד :

1. הנני מצהיר בזאת שהפרטים כפי שמסרתי מלאים ונכונים.
2. הנני מצהיר בזאת שאוותר על סודיות רפואית אליה אשלח ע"י הרשות וידוע לי שבדיקה זו היא תנאי להעסקה ברשות המקומית.

תאריך

חתימת העובד



התחייבות לשמירת סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ המשמש כ _____

במועצה המקומית זכרון יעקב (להלן – "המועצה") מתחייב בזאת כלפי המועצה כדלהלן :

1. לשמור בסודיות מלאה ומוחלטת, כל ידיעה, מסמך, רשימה, תכנית, צילום, וכל מידע אחר, כולל ממוחשב, שהגיע לידי או לידיעתי, במסגרת עבודתי ונוכחותי במועצה.
2. שלא להעביר, לגלות, למסור לאחר, להעביר או לנצל, כל מידע כנ"ל שהגיע לידי או לידיעתי, בין במישרין ובין בעקיפין, או עקב או בקשר לביצוע עבודתי או מעצם היותי במועצה.
3. לנקוט בכל אמצעי הזהירות והאבטחה כלפי חומר כנ"ל, כדי למנוע אפשרות שיצא מרשותי ויגיע לידי מי שלא הוסמך לקבלו.

ידועה לי הרגישות הרבה של החומר בהיותו בבעלות ובחזקת המועצה וכן ידועה לי העובדה כי הינו מוגן בנוסף על פי חוק הגנת הפרטיות, תשמ"א – 1981 (להלן: "החוק") ותקנות הגנת הפרטיות (תנאי החזקת מידע ושמירתו וסדרי העברת מידע בין גופים ציבוריים), תשמ"ו – 1986.

הנני מתחייב לשמור ולקיים בקפדנות כל הוראה על פי דין לרבות כל הוראות החוק, הצווים והתקנות לפיו.

ידוע לי כי אין בהצהרתי זו בכדי לגרוע מכל חובה המוטלת עלי על פי כל דין.

ידוע לי ואני מסכים כי אם לא אקיים את התחייבויותי על פי כתב התחייבות זה כולן או מקצתן, אפר למעשה את חובת הנאמנות שאני חב כלפי המועצה וזאת בנוסף להפרת ההוראות הקבועות בדין.

חתימה

תפקיד

שם משפחה ופרטי

תאריך



לכבוד

גב' יעל סוקולר
מנהלת משאבי אנוש

כאן

ג.נ.,

הנדון : הצהרה על עבודה יחידה

הנני מתכבד/ת להצהיר כי מקום עבודתי היחיד הינו המועצה המקומית זכרון יעקב.

שם והחתימה : _____

תאריך : _____

במידה ואין זו עבודה יחידה נא ציין מקום העבודה וצרף תיאום מס (אי מסירת תיאום מס תגרור לחיוב מס הכנס מקסימלי 48%).

מקום העבודה _____

שם וחתימה: _____

תאריך: _____



טופס הצהרה על מצב בריאות

אני החתום מטה _____ נושא תעודת זהות מס' _____
(שם מלא)

המתגורר ב- _____ טלפון: _____
(כתובת מלאה)

מצהיר בזאת כדלקמן:

אני כשיר לכל עבודה ולמיטב ידיעתי איני סובל ממגבלות רפואיות המונעות ממני לעסוק בעבודות כלשהן.

אני סובל מבעיות רפואיות המגבילות את תפקודי כמפורט להלן:

האם עברת בעבר ניתוחים: כן / לא

אם כן, איזה: _____

אני מצהיר בזאת כי הפרטים, שמולאו על ידי כמפורט לעיל, נכונים ומדויקים והנני מתחייב להודיע למועצה על כל שינוי שיחול בהם.

_____/_____/_____
תאריך שם פרטי ושם משפחה חתימה



טופס לשליחת מועמדים לבדיקה רפואית

המועצה המקומית זכרון יעקב
רח' הנדיב 11א' זכרון יעקב

- לקבלה לעבודה
 לקבלה לקביעות

לכבוד קופת חולים _____

א. הננו שולחים אליכם את החב'

מס תעודת זהות _____

השם _____

המשפחה _____

אשר עומד להתקבל לעבודה / לקבל קביעות אצלנו בתפקיד _____.

הננו מבקשים לבדוק אותו בהתאם למוסכם בינינו ולהודיע לנו :

1. אם החברה/ה מתאים/ה לתפקיד המוצע.

2.

(מקום לשאלות מיוחדות – למלא ע"י השולח)

ר"מ הצהרה חתומה ע"י החברה/ה על ויתורו על הסודיות הרפואית כלפי בדיקה זו.

חתימת בא כוח המפעל _____ / _____ / _____

ויתור על סודיות רפואית

הואיל והמועצה המקומית זכרון יעקב דורשת ממני חוות דעת רפואית על כושרי לעבודה, הנני מצהיר/ה:

- אני מתחייב למסור לרופאים ולכל עובד רפואי אחר אשר יבדוק אותי, ידיעות מלאות ונכונות על כל מחלה וכל מום שחליתי בהם בעבר ושאני חולה בהם היום, מבלי להעלים דבר.
- אני מוותר בזה לגבי המפעל הנ"ל על הסודיות הרפואית בנוגע לכל מחלה או מום שחליתי בהם בעבר ושהנני חולה בהם כעת והנני מסכים לכך, כי כל רופא או מטפל רפואי אשר טיפל או מטפל בי ימסור ידיעות מלאות על כל הנ"ל ולא תהיינה לי שום טענות או תביעות כלשהן לקופת חולים ו/או לעובדיה בקשר עם מסירת העובדות הנ"ל או מסקנות המבוססות עליהן.

חתימת המועמד/ת לבדיקה _____ / _____ / _____



תשובת הרופא

____/____/____

לכבוד: המועצה המקומית זכרון יעקב

הננו להודיעכם שבדקנו את החב' _____

מספר תעודת זהות _____

בתור מועמד/ת לקבלה לעבודה / לקביעות _____

ומצאנו כי הנ"ל מתאים / לא מתאים לתפקיד .

הערות (בעיקר במקרים של אי התאמה לתפקיד המוצע):

חתימה

שם הרופא

חותמת הקופה
וחותמת הרופא



הסכם להפקדת פיצויי פיטורין

אשר נערך ונחתם בזכרון יעקב ביום _____ בחודש _____ שנה _____

בין

המועצה המקומית זכרון יעקב
מרחוב הנדיב _____ (להלן: "המעביד")

ובין _____ ת.ז. _____ מרחוב _____ (להלן: "העובד")

הואיל: על פי תנאי ההיתר הכללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה וקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים, על פי הוראות סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין, רשאי המעביד להפקיד עבור העובד כספים במקום תשלום לפיצויי פיטורים, והכל בכפוף לתנאי ההיתר הכללי;
והואיל: ותנאי למתן ההיתר הינו עריכת הסכם בכתב של המעביד והעובד כמפרט להלן;

אשר על כן הוסכם הותנה והוצהר בין הצדדים כדלהלן:

1. המבוא להסכם זה מהווה חלק בלתי נפרד ממנו.
2. בהסכם זה ההיתר הכללי – אישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורים אשר פורסם ס.י.פ. 4659; התשנ"ח 4394, י.פ. 4803 התש"ס, 5 י.פ. תשס"א 1949.
חוק פיצויי פיטורין (התשכ"ג)- 1963.
סעיף 14 – סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורים.
3. מובהר ומוסכם כי הפרשות המעביד כדלהלן יבואו במקום פיצויי פיטורים בהתקיים הנאים דלהלן:
"(1) תשלומי מעביד-
א. לקרן פנסיה אינם פחותים מ $14 \frac{1}{3}\%$ מן השכר המופטר או 12% מן השכר המופטר אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של $2 \frac{1}{3}\%$ כאמור, יבואו תשלומיו במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד;
ב. לקופת ביטוח אינם פחותים מאחד מאלה:
1. $13 \frac{1}{3}\%$ מן השכר המופטר, אם משלם המעביד בעד עובדו בנוסף לכך גם תשלומים להבטחת הכנסה חודשית במקרה אובדן כושר עבודה, בתכנית שאישר הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר, בשיעור הדרוש להבטחת 75% מן השכר המופטר לפחות או בשיעור של $2 \frac{1}{2}\%$ מן השכר המופטר, לפי הנמוך מבניהם (להלן – תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה).



2. 11% מן השכר המופטר, אם שילם המעביד בנוסף גם תשלום לביטוח אובדן כושר עבודה, ובמקרה זה יבואו תשלומי המעביד במקום 72% מפיצויי הפיטורים של העובד, בלבד; שילם המעביד נוסף על אלה גם תשלומים להשלמת פיצויי פיטורים לקופת גמל לפיצויים או לקופת ביטוח על שם העובד בשיעור של 2 1/3% מן השכר המופטר, יבואו תשלומי המעביד במקום 100% פיצויי הפיטורים של העובד."

4. העובד מצהיר כי הנו מסכים להסדר לפי אישור זה.

5. המעביד מצהיר כי הוא מוותר מראש על כל זכות שיכולה להיות לו להחזר כספים מתוך תשלומיו, אלא אם כן נשללה זכות העובד לפיצויי פיטורים בפסק דין מכוח סעיפים 16 או 17 לחוק ובמידה שנשללה או שהעובד משך כספים מקרן הפנסיה או מקופת הביטוח בשל אירוע מזכה; לעניין זה "אירוע מזכה" – מוות, נכות, או פרישה בגיל שישים או יותר.

לראיה באו הצדדים על החתום:

העובד

המועצה



תאריך: _____

לכבוד
מחלקת משאבי אנוש
מועצה מקומית

זכרון יעקב

ג.נ.,

הנדון: השתתפות בתשלום לועד עובדים

הנני מאשר/ת השתתפותי בסך - 50 ₪ כל חודש לועד עובדים

החל מיום _____

שם העובד/ת: _____

חתימה: _____



תאריך _____

בחירת קרן פנסיה

1. אני _____ מ.ז. _____
מבקש לצרף אותי כעמית בקרן פנסיה _____ ולהפריש לזכותי לקרן דמי גמולים כמקובל במועצה.
2. קופת גמל _____
3. קרן השתלמות _____

- במידה ולא אבחר, ידוע לי שהרשות המקומית תקבע את הקרנות על פי ברירת מחדל:
 1. ברירת המחדל לדירוג מח"ר/מורים/מהנדסים/עו"ס – מבטחים החדשה .
 2. ברירת מחדל לדירוג מנהלי – הראל.
- באם ארצה בעתיד לשנות את הקרן אודיע למחלקת השכר בכתב על השינוי הצפוי.
- במידה וקיימות לזכותך קופות ממקום עבודה קודם ואתה מעוניין להמשיך להפריש אליהן את כספי הקרנות , עליך להעביר אלינו טופס מהקופות שלך "בקשה להעברה למעסיק חדש חתום".

שם העובד _____ חתימת העובד _____