

-שמור-

היחידה/בית החולים המרכז הרפואי הלל יפה, חדרה נספח א'

**שאלון לקבלת פרטי רישום פלילי ותיקי מב"ד**

שם משפחה	שם פרטי	קודם/נוסף	שם האב	תעודת זהות

מס' אישי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה	דת/לאום	כתובת
				עיר
				רחוב
				מס'

היחידה	הגדרת תפקיד	מעמד				משך זמן העסקה מתוכנן
		קבוע	זמני	קבלן	מבקר	

הערות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המועמד: \_\_\_\_\_



אימות שמות: אני מצהיר בזה כי בדקתי את זהותו של ממלא השאלון והפרטים הנלווים,  
והם נמצאו נכונים לפי המסמכים המזהים הבאים:  
כמו כן טופס הסכמה למסירת ר.פ. נחתם בפני.

תאריך	שם הבודק ותפקידו	חתימת הבודק

### הסכמה למסירת מידע פלילי

1) אני החתום מטה \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

מסכים בזאת כי משטרת ישראל תעביר לגורם המוסמך במשרד הבריאות.

מידע פלילי אודותיי לצורך הקבוע בחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-  
1981 בהיקף שהוא זכאי לקבלו ע"פ החוק.

ידוע לי כי הסכמתי כאמור לעיל פוטרת את המשטרה ואת מקבל המידע ממשלוח  
הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותיי.

2) בחתימתי זו הנני מתחייב/ת במידה ובמהלך תקופת הכשרתי יפתח כנגדי הליך  
פלילי, יהיה עלי להביא זאת לידיעת הנהלת בית החולים.

ידוע לי כי הסתרת מידע כזה עלולה לגרור לפתיחת הליכים לסיום תקופת הכשרתי.

חתימת המצהיר \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

