



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

נספח 2

טופס הגשת מועמד לתוכנית מומחיות בתחום פגים

שם המועמד: _____ ת.ז.: _____

טלפון נייד: _____

נתוני השכלה

<u>שם התואר</u>	<u>מוסד הכשרה</u>
תואר ראשון (מוכר לצורכי שכר):	
תואר שני (מוכר לצורכי שכר):	
קורס על בסיסי:	

נתוני העסקה

שם המוסד: _____

יחידה בה מועסק: _____

ותק בתחום: _____

אחוז משרה: _____

חתימה וחותמת של משאבי אנוש במוסד המעסיק _____

תאריך: _____