

## בקשה להיתר עבודה נוספת של עובד מדינה בתאגיד הבריאות

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                   |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>מדינת ישראל</b><br><b>משרד בריאות</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    | <b>בקשה להיתר עבודה נוספת של עובד מדינה בתאגיד הבריאות של בית חולים הלל יפה חדרה.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                   | <b>טופס זה ימולא ב- 3 עותקים</b>                                                     |
| <b>חלק א' פרטים על עבודת העובד במדינה</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>שם המשפחה</b>                   | <b>שם פרטי</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>מספר הזהות</b>        |                                                                                   |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>היחידה המרכז הרפואי הלל יפה</b> | <b>תואר המשרה</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>דרגה</b>              | <b>דירוג רופאים</b>                                                               | <b>עובד במשרה: <input type="checkbox"/> מלאה <input type="checkbox"/> חלקית משרה</b> |
| <b>2. פרטים על עבודת העובד בתאגיד בריאות</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <b>תקופת העבודה</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | <b>מיום 1.1.2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>עד יום 31.12.2025</b> | <input type="checkbox"/> חידוש/אישור קודם זהה. <input type="checkbox"/> אישור חדש |                                                                                      |
| <b>3. עבודה כמותית ססיות</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | <input type="checkbox"/> סכום השכר (ברוטו) הצפוי _____ ש"ח לשנה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <b>4. הצהרה והתחייבות העובד</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    | <b>עובדים העובדים גם בחלקיות משרה וגם בעבודה כמותית ימלאו את שני הסעיפים 3 ו- 4.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <p>א. הנני מבקש לאשר לי לעסוק בעבודה המפורטת להלן. הנני מצהיר, כי העבודה הפרטית לא תפגע בשירותי במדינה ובמילוי תפקידי ואיננה עומדת בסתירה לתפקידי בשירות המדינה ולהוראות התקש"ר והינה בהתאם לתקנות תאגיד הבריאות.</p> <p>ב. סכום השכר הצפוי לשנה _____ ש"ח מהווה כ- _____ אחוז משכרי במדינה.</p> <p>ג. חתימתי על טופס זה מהווה אישור שאינני עובד בפרקטיקה פרטית או בעבודה פרטית, למעט הוראה ו/או מחקר (לגבי עובד המשתכר מעל 100% משכרו במדינה).</p> <p>ד. חתימתי על טופס זה מהווה אישור שאינני עובד בעבודה פרטית (לגבי עובד המשתכר מעל ל- 50% משכרו במדינה).</p> <p>ה. עבודתי הנוספת במידה והיא כמותית (ססיות) מתבצעת רק לאחר שעות העבודה הרגילות.</p> <p style="text-align: right;">תאריך _____ חתימת העובד _____</p> |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <b>חלק ב' חוות דעת הממונה הישיר</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | <input type="checkbox"/> אני ממליץ/ה על אישור הבקשה<br><input type="checkbox"/> אינני ממליץ/ה על אישור הבקשה מהנימוקים הבאים:                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <b>חלק ג' חוות דעת היועץ המשפטי של בית החולים או היועץ המשפטי של משרד הבריאות</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    | בדקתי את פרטי הבקשה ולהלן חוות דעתי:<br><input type="checkbox"/> הבקשה והפרטים תואמים את הוראת תקנות תאגידי הבריאות.<br><input type="checkbox"/> הבקשה והפרטים אינם תואמים את תקנות תאגידי הבריאות בנקודות הבאות:                                                                                                                                                                |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| <b>חלק ד' אישור מנהל בית החולים (בלבד)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | התשלום השנתי הצפוי מהווה _____ אחוז מהשתכרות העובד במדינה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| שם החותם <b>פרופ' מיקי דודקביץ, מנהל המרכז הרפואי</b><br><br>חתימה _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    | לגבי עובדים המשתכרים מעל 100% משכרם במדינה:<br><input type="checkbox"/> העובד נכלל בקטגוריה של 3% מהעובדים במגזר, היכולים להשתכר עד 200% משכרם במדינה.<br><input type="checkbox"/> העובד נכלל בקטגוריה של 1.5% מהעובדים במגזר, היכולים להשתכר עד 300% משכרם במדינה.<br><input type="checkbox"/> העובד נכלל בקטגוריה של 0.5% מהעובדים במגזר, היכולים להשתכר עד 400% משכרם במדינה. |                          |                                                                                   |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    | <input type="checkbox"/> אני מאשר הבקשה <input type="checkbox"/> איני מאשר את הבקשה                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| * זאת בהתאם לתקנות תאגידי הבריאות אשר הינם בתוקף מיום 4.12.2001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                                                                                   |                                                                                      |
| עותקים:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    | <input type="checkbox"/> לעובד<br><input type="checkbox"/> לתיק אישי בביה"ח                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                                                   |                                                                                      |

## הצהרה

- א. הנני מתחייב שלא לעבוד בתאגיד הבריאות בעת היותי בחופשה מעבודתי בבית החולים, בתקופת שבתון או בהשתלמות מקצועית או בשעות שבהן אני עובד בבית החולים, או נמצא בכוננות או בתורנות מתוכננת.
- ב. הנני מתחייב כי לא אתחיל את עבודתי בתאגיד הבריאות, בטרם אשלים את מכסת שעות עבודתי היומית בבית החולים, לפי הסכמי השכר החלים עלי.
- ג. הנני מתחייב כי לא אעבוד בתאגיד הבריאות לפני השעה 15:00 (לעובד מדינה המועסק בחלקיות משרה העולה על 50%).
- ד. הנני מתחייב כי לא אעבוד בתאגיד הבריאות לפני השעה 12:00 (לעובד מדינה המועסק בחלקיות משרה שאינה עולה על 50%).
- ה. הנני מתחייב שלא לקבל שכר או הטבה מתאגיד הבריאות בעד אותן שעות פעילות, לרבות עבודה נוספת כוננות או תורנות מתוכננת, עליהן אני מקבל שכר או הטבה מבית החולים או מעסיק אחר.

---

שם העובד

---

תאריך