|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תוצאת תמונה עבור אוניברסיטת בן גוריון  **אוניברסיטת בן גוריון בנגב**  **מדור קרנות**  **טל': 08-6461233**  **פקס:08-6472885** | | | | | **בקשה להכרה כגמלאי/ת חוקר/ת חבר סגל קליני אקדמי בכיר/ה לשנת הלימודים תש\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **גמלאי/ת יקר/ה, חשוב למלא את הטופס בשלמותו.**   * **יש להגיש את הטופס אחת לשנה על מנת לקבל את ההקצבה השנתית ולממש את השימוש בקרן מחקר לגמלאים.** * **לתשומת ליבך יש לצרף את האסמכתאות הרלוונטיות בהתאם לנוהל ולמפורט בטופס. בקשה חסרה תוחזר אלייך לצורך השלמתה.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי הגמלאי/ת** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שם פרטי ומשפחה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **פקולטה** | | | | **מחלקה** | | | |
| **מספר זהות** |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | | | **טלפון** | | | | **דוא"ל** | | | |
| **תאריך פרישה** | | | | | **מ.סעיף תקציבי-קרן מחקר לגמלאים** | | | | | | | | | | | | | | | | | **כתובת מגורים קבועה** | | | | |
|  | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  | | | | |
| להלן רשימת הקריטריונים המקנים זכות להקצאת כספים לקרן המחקר לגמלאים.  בכדי לקבל הקצבה שנתית ולממש את כספי קרן המחקר אני מצהיר כי נאי עומד באופן מלא באחד או יותר מהקריטריונים הבאים:  לתשומת לבך כל קריטריון המצוין על ידך חייב להיות רלוונטי לשנתיים האחרונות ולמועד הגשת הבקשה.  **נא השב/י על השאלות והוספ/י פרטים ונתונים, מפורטים ככל הניתן:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **קריטריונים** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **פרטים** | | | | |
| * **פרסמתי פרסום מדעי, אחד או יותר באזכור אוניברסיטת בן גוריון.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | שנת הפרסום | | שם המאמר (יש לצרף עמוד ראשון לפרסום) | | |
|  | |  | | |
| * **פרסמתי ספר, פרק בספר, אקדמי באוניברסיטת בן גוריון.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | שנת פרסום | | שם הספר/שם הפרק (יש לצרף עמוד ראשון לפרסום הספר או עמוד ראשון של הפרק) | | |
|  | |  | | |
| * **אני שותפ/ה במענק מחקר פעיל/מבצע/ת מחקר קליני (יש לצרף טופס מינוי רשמי או פרסום בו מופיע שמך).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | תקופת מחקר | | שם המחקר | | מספר ס.תקציבי |
|  | |  | |  |
| * **אני מוזמנ/ת לכנס על מנת להציג מאמר/ פוסטר/ מארגן הכנס/ חבר בוועדה מדעית של כנס.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | תאריך הכנס | | שם הכנס (יש לצרף אסמכתא,כולל תוכנית הכנס בה מופיע שמך) | | |
|  | |  | | |
| * **אני מנחה נוספ/ת של תלמידים בפקולטה לעבודות גמר ו/או מתמחים במדעי היסוד (2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פרט/י את שמות התלמידים והתארים: | | | | |
|  | | | | |
| * **אני מלמד/ת באוניברסיטת בן גוריון בהתנדבות (ללא שכר).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פרט/י את שמות הקורסים/תחום סבב קליני: | | | | |
|  | | | | |
| סמסטר | | | שנה | |
| * **אני שופט/ת עבודות (עבודות דוקטורט/תזות/מאמרים לכתבי עת וספרים).**   אם מדובר על עבודת שיפוט של סטודנט מאב"ג- מספיקה עבודת שיפוט אחת.  אם מדובר על עבודת סטודנט חיצוני- אז מינימום 2 עבודת לשיפוט. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פרט/י את שמות העבודות | | תאריך סיום שיפוט | | |
|  | |  | | |
| פרט/י את שמות העבודות | | תאריך סיום שיפוט | | |
|  | |  | | |
| * **אני חבר/ה פעיל/ה בוועדות מדעיות לאומיות ובינלאומיות. (לא כולל חברות של כבוד).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פרט/י את שמות הוועדות (כולל טופס מינוי רשמי או פרסם אחר בו מופיע שמך): | | | | |
|  | | | | |
| * **אני מדריכ/ה מרצה במוסדות רפואיים** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | פרט/י את שמות המוסדות הרפואיים (כולל טופס מינוי רשמי): | | | | |
|  | | | | |
| **הנני מצהיר/ה את נכונות הפרטים משסרתי לעיל, ואת הפרטים המפורטים מטה:**   * **מרכז חיי מתנהל בישראל (1).** * **אינני ממלא/ת כל תפקיד ניהולי במוסד אקדמי/ מחקרי אחר.** * **אינני מועסק/ת אצל מעסיק אחר, לרבות במוסד אקדמי או מחקרי בהיקף של מעל 50% משרה ומעלה.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **חתימה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **תאריך** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **המלצת דיקן הפקולטה למדעי הבריאות** (סמן ב X את התשובה המתאימה)  ❑מאשר/ת הפרטים דלעיל וממליץ לאשר ❑מתנגד | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **חתימה וחותמת** | | | | |
| **הערות/נימוקים לאי המלצה:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **חתימת לשכת הרקטור** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **תאריך**   1. חוקר שמרכז חייו מתנהל בישראל- הינו איש סגל ששהה בישראל לפחות 200 ימים בשנת העבודה הקודמת וצפוי לעשות כן גם בשנה הנוכחית. 2. הדרכה של תלמידים מתקדמים (שניים לפחות) הנחיה של תלמידים מתקדמים לתזה (עד שנתיים) או עבודת דוקטורט (עד 5 שנים), פוסט דוקטורט (עד 3 שנים). | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |