



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

אגף כספים

טל: 08-6472606

דוא"ל: [asilvya@bgu.ac.il](mailto:asilvya@bgu.ac.il)**בקשה ליציאה לכנס / השתלמות בארץ -****חבר/ת סגל אקדמי**יש לצרף טופס זה להוראת תשלום  
(סמן בחירתך)
 חבר סגל קליני בכיר  חבר סגל אקדמי בכיר  
 אוכלוסיות מיוחדות  דוקטורנטים ומקבליהם

**חבר סגל יקר**, השתלמות בארץ מתבצעת על ידי הוראת תשלום ולא על ידי בקשה לוועדת השתלמויות. טופס זה יש למלא ולצרף להוראת התשלום. הוראת התשלום הינה החזר בגין ההשתתפות בכנס בלבד. החזר בגין אש"ל ישולם דרך מחלקת שכר על ידי מילוי של טופס אש"ל בלבד.

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_  
 פקולטה \_\_\_\_\_ מחלקה / מכון / חטיבה \_\_\_\_\_ מחלקה נוספת \_\_\_\_\_  
 מס' טל' במחלקה \_\_\_\_\_ מס' טל' נייד \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_  
 פרטי חשבון בנק להחזר: בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

**פרטי הכנס/השתלמות**

(לכל מטרה יש לצרף אסמכתא אקדמית רלוונטית)

מקום	מתאריך	עד תאריך	מטרת ההשתלמות	דמי רישום ש"ח/ דולר / יורו	נסיעות ש"ח/ דולר / יורו	לינה ש"ח/ דולר / יורו	סה"כ סכום מבוקש להחזר ש"ח/ דולר / יורו

יש לצרף לטופס את תכנית הכנס ואת תעריפי הכנס לדמי רישום ולינה.  
**במידה ולא יצורפו תעריפי הלינה בכנס - החזר הלינה ללילה יבוצע לפי העלות בפועל עד לתקרה של 200 \$ ללילה.**

**הצהרת ממלא/ת הבקשה**
 לא מלמד  מלמד  סדרי מילוי מקום בהוראה בתקופת הכנס/השתלמות

שם הקורס	יום	שעות	אופן השלמה (שם המחליף או מועד שיעור השלמה)

 יש לי בחינות  אין לי בחינות  סדרי מילוי מקום בבחינות בתקופת הכנס/השתלמות

שם הקורס	מועד הבחינה	שם המרצה המחליף	מועדים (נא סמנו בחירתכם)
			מועד א'- חריג/מועד ב'/מועד מיוחד
			מועד א'- חריג/מועד ב'/מועד מיוחד
			מועד א'- חריג/מועד ב'/מועד מיוחד

**לכלל חברי הסגל והמשתלמים:**

"הנני מצהיר כי כל האמור לעיל הינו נכון. הנני מתחייב לקיים את כל חובותיי בסדרי מילוי המקום בהוראה / השלמה ובבחינות. הנני מצהיר בזאת כי אינני מקבל מימון קקמ"ב ממוסד אקדמי אחר".

 הצהרת חבר סגל קליני בלבד: אני מצהיר כי קיבלתי את כל האישורים הנדרשים מבית החולים לנסיעה זו.

תאריך:

חתימת המשתלם:

**לכלל המשתלמים ולחברי הסגל האקדמי, פרט לסגל הקליני או לגמלאים נדרש: אישור הממונה / רמ"ח  
לכלל חברי הסגל הקליניים: אישור יו"ר חטיבה/ יו"ר מכון-בבית החולים סורוקה / מנהל ביה"ח ברזילי/ מנהל ביה"ח הפסיכיאטרי  
ליו"ר חטיבה/מכון – נדרש אישור מנהל ביה"ח**

**נא לסמן ליד המשבצת הרלוונטית (ניתן לסמן יותר ממשבצת אחת):**

הנני מאשר/ת כי בדקתי את המסמכים המצורפים הרלוונטיים, הכנס/השתלמות נמצאו כנחוצים לשמירת הרמה המקצועית

של חבר הסגל והינה במסגרת האקדמית שלו.

הנני אחראי/ת לכך שנעשו כל סדרי מילוי המקום בהוראה ובבחינות.

לאוכלוסיות מיוחדות בלבד (מי שאינו בעל מינוי מן המניין): הנני מאשר/ת שהכנס/השתלמות אינה מהווה תמורה בגין שכר.

שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_