|  |  |
| --- | --- |
| **אוניברסיטת בן-גוריון בנגב****אגף כספים** **טל: 08-6472606** **דוא"ל**: tehilaar@bgu.ac.il   | **בקשה ליציאה לכנס / השתלמות בארץ****או לכנס/השתלמות מקוון בינלאומי-****חבר/ת סגל אקדמי**יש לצרף טופס זה להוראת תשלום(סמן בחירתך) **[ ]  *חבר סגל אקדמי בכיר* [ ]  *חבר סגל קליני בכיר וזוטר*** **[ ]  *דוקטורנטים ומקביליהם* [ ]  *אוכלוסיות מיוחדות*** |
| ***חבר סגל יקר,*** החזר עבורכנס/השתלמות בארץ או כנס/השתלמות מקוון בינלאומי מתבצע באמצעות הזנת הוראת תשלום בתפנית ולא על ידי בקשה לוועדת השתלמויות. יש למלא את טופס הבקשה ולצרף בתפנית לארכיב הוראת 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** **יעד / מקוון** | **מתאריך** | **עד תאריך** | **דמי רישום****₪/ $ / £/ €****נסיעות****₪/ $ / £/ €****סה"כ סכום מבוקש להחזר****₪/ $ / £/ €** |
| **מטרת ההשתלמות****לינה****₪/ $ / £/ €** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **- יש לצרף לטופס הבקשה את תכנית הכנס ואת תעריפי הכנס לדמי רישום ולינה.** **-בכנס/השתלמות מקוון בינלאומי יבוצע החזר על דמי רישום בלבד.**-במידה ולא יצורפו תעריפי הלינה בכנס - החזר הלינה ללילה יבוצע לפי העלות בפועל עד לתקרה של 200 $ ללילה. |

|  |
| --- |
| **הצהרת ממלא/ת הבקשה** |
| **סדרי מילוי מקום בהוראהבתקופת הכנס/השתלמות[ ] מלמד [ ]  לא מלמד** |
|  **שם הקורס** | **יום** | **שעות** | **אופן ההשלמה (שם המחליף או מועד שעור ההשלמה)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **סדרי מילוי מקום בבחינותבתקופת הכנס/השתלמות[ ] יש לי בחינות [ ] אין לי בחינות****(יש לוודא שטופס הבחינה והתשובות יועברו למרצה המחליף)****(יש לוודא שטופס הבחינה והתשובות יועברו למרצה המחליף)** |
| **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.** |
| **חתימת המשתלם:**  | **תאריך:** |

|  |
| --- |
| **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.**  |
| ***תפקיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** ***חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |