|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **אוניברסיטת בן-גוריון בנגב**  **אגף כספים**    **טל: 08-6472606**  **דוא"ל**: [tehilaar@bgu.ac.il](mailto: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/השתלמותמלמד  לא מלמד** | | | | | | | |
| **שם הקורס** | | | **יום** | | **שעות** | | **אופן ההשלמה  (שם המחליף או מועד שעור ההשלמה)** |
|  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  |
| **סדרי מילוי מקום בבחינותבתקופת הכנס/השתלמותיש 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |