



טופס מס' _____

בקשה להשתתפות בהכשרה מקצועית

זכאים להשתתפות בהכשרות הקרן:

גבר – מגיל 50 ועד גיל 65

אישה- מגיל 50 ועד שנתיים לפני גיל פרישה לנשים בהתאם לחודש לידתן

ותק נצבר עובדים מעל 7 שנים (במצטבר) "במקצוע שוחק" כהגדרתו להלן ולחילופין עובדים אשר עובדים 20 שנה ב"מקצוע שוחק" גם טרם הגיעם לגיל 50.

שימת לבך כי : לצורך הכרה ב"מקצוע שוחק" כהגדרתו בהסכם בין המדינה לבין קרן מעגלים נדרשים לפחות 2 מאפיינים על מנת שהמקצוע יוכר כ"מקצוע שוחק".

ימולא על ידי העובד

נא סמן ב- X שני מאפיינים במקצוע בו הנך עוסק כיום

<input type="checkbox"/>	עבודה הכרוכה בסחיבת משאות כבדים באופן ממושר.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה הדורשת עמידה ממושכת.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה פיזית בתנאים אקלימיים קשים.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בסביבת רעש ושחיקה בגין ירידה בשמיעה.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בתנאי חום או רטיבות ללא קשר לתנאי מזג האוויר.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בתנאי קור ללא קשר לתנאי מזג האוויר.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בסביבת חומרים מסוכנים .	פרט:
<input type="checkbox"/>	נהגים ומפעילי צמ"ה הנדרשים לנסיעות ממושכות /	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בסיכון בטיחותי גבוה.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה בסביבת ריחות קשים.	פרט:
<input type="checkbox"/>	עבודה במשמרות (עבודה במשמרות קבועות לאורך זמן ולפחות 4 משמרות ערב/לילה בחודש.	פרט מספר שעות_ ומספר ימים בשבוע_
<input type="checkbox"/>	שחיקה על בסיס קביעת ועדה רפואית של המוסד לביטוח לאומי.	פרט:
<input checked="" type="checkbox"/>	במקרה של שחיקה על בסיס קביעת של הוועדה הרפואית-נדרש אישור של הוועדה.	

שם פרטי ושם משפחה _____ תאריך לידה _____ מין: ז/נ ת"ז _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ חתימת העובד _____

מקצוע/ תפקיד בו הינך מועסק כיום: _____ להלן: "המקצוע" מס' שנות עבודה במקצוע שוחק אצל המעסיק הנוכחי: _____

הערה-ככל שהעובד אינו בעל 7 שנות ותק במקצוע שוחק כהגדרתו לעיל, אצל המעסיק הנוכחי יש להמציא ככל שישנו, אישור העסקה במקצוע שוחק ממעסיק קודם המעיד על ותק תעסוקתי מקצועי, הכולל חתימה וחוקת של המעסיק

מס' שנות לימוד: _____ יסודי/ תיכוני/ אקדמאי _____ כתובת Email: _____

ציין את מסלולי ההכשרה (עד 2 מקצועות) בו הינך מעוניין לעבור השתלמות מקצועית:

1. _____ אופציה ראשונה
2. _____ אופציה שנייה

יש לצרף צילום תעודת זהות

כתובת העובד למשלוח מכתבים –

רחוב/תא דואר _____ מס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ ישוב _____ מיקוד _____

פרטים של המעסיק

שם החברה _____ כתובת _____ שם איש קשר בחברה _____ תפקיד _____

טלפון קווי _____ טלפון נייד _____ מייל _____

למילוי על ידי מורשה החתימה מטעם המעסיק:

בחתימתי למטה, הנני מצהיר כי בדקתי הפרטים לעיל כפי שהוצהרו על ידי העובד ואני מאשר אותם

שם החברה: _____ שם החותם: _____ תפקיד: _____ חותמת+חתימה: _____

פרטים על הקרן ופעילותה ניתן לראות באתר הקרן www.magalim.org.il

- המסמך נכתב בלשון זכר ואולם מיועד לשני המינים
- טופס מלא ניתן להעביר לכתובת מייל Michael.r@magalim.org.il או בפקס למס' 03-5755518.