**טופס הגשת מועמדות למשרה פנויה – מנהל מחלקת כשרות**

**הוראות למילוי הטופס:**

|  |
| --- |
| 1. **פרטים אישיים**
 |
| **שם פרטי** | **שם משפחה** | **שם באותיות לטיניות** | **שם קודם** |
|  |  |  |  |
| **מספר ת.ז** | **מין** | **שם האב** | **מצב משפחתי** |
|  |  |  | רווק /נשוי /גרוש / אלמן |
| **תאריך לידה** | **ארץ לידה** | **שנת עלייה** | **אזרחות** |
|  |  |  |  |
| **כתובת** | **כתובת דוא"ל** | **מס' טלפון** | **מס' סלולארי** |
|  |  |  |  |
| 1. **ידיעת שפות** – יש למלא מ 1 עד 5 (1 נמוך ביותר, 5 גבוה ביותר)
 |
| **שפה** | **קריאה** | **כתיבה** | **דיבור** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **פרטי השכלה** – יש לסמן X במשבצת המתאימה (יסודית, תיכונית, מקצועית, גבוהה)
 |
| **שם מוסד** | **תואר/תעודה** | **יסודית** | **תיכונית** | **מקצועית** | **גבוהה** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

הטופס ימולא ב-2 עותקים ויצורפו אליו העתקים מאושרים או מאומתים של תעודות המעידות על השכלת המועמד וניסיונו התעסוקתי, כמו גם חוות דעת בכתב של הממונה הישיר וחוות דעת רפואית של רופא מטפל.

|  |
| --- |
| 1. **השתלמויות**
 |
| **שם הקורס** | **מועד הקורס** | **משך הקורס** | **מקום הקורס** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הציבורי**
 |
| **ארגון** | **יחידה** | **תפקיד** | **דירוג** | **דרגה** | **תאריך התחלה** | **תאריך סיום** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **פרטי תעסוקה במסגרת המגזר הפרטי**
 |
| **פרטי תעסוקה** | **מתאריך:** | **מתאריך:** | **מתאריך:** | **מתאריך:** |
| **עד תאריך:** | **עד תאריך:** | **עד תאריך:** | **עד תאריך:** |
| **שם המעביד:** |  |  |  |  |
| **כתובת:** |  |  |  |  |
| **סוג העבודה:** |  |  |  |  |
| **תפקיד:** |  |  |  |  |
| **שכר אחרון:** |  |  |  |  |
| **סיבת הפסקת עבודה: עבהעבודה:** |  |  |  |  |
| 1. **קרובי משפחה המועסקים במועצה דתית או מכהנים כחברי מועצה דתית**
 |
| **שם מלא** | **קרבה משפחתית** | **מועצה דתית** | **יחידה** | **תפקיד** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **שירות בצה"ל**
 |
| **שירות מלא** | **תאריך גיוס** | **תאריך שחרור** |
| כן / לא |  |  |
| **מס' אישי** | **יחידה** | **דרגה סופית** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **סיבה לאי שירות** (יש לצרף אסמכתא מתאימה): |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **בחינות**
 |
| נבחנתי בעבר ע"י המועצה הדתית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בכתב/בעל פה, בתאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_במקום\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ למשרה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / לא נבחנתי כלל (להקיף בעיגול). |
| 1. **ממליצים**
 |
| **שם מלא** | **תפקיד** | **ארגון** | **טלפון** |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
| 1. **הצהרת המועמד**
 |
| אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם נכונים.תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **הצהרת המועצה הדתית**
 |
| אני מצהיר בזאת כי בדקתי את כל הפרטים בטופס זה וכי הם נמצאו נכונים (יש לסמן X ליד כל סעיף שאומת):1. פרטים אישיים
2. פרטי משפחה
3. פרטי השכלה והשתלמויות
4. פרטי תעסוקה
5. שרות צבאי

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |