



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 אקדמי בכיר  חבר סגל קליני בכיר וזוטר  
 דוקטורנטים ומקבליהם  אוכלוסיות מיוחדות

**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

סדרי מילוי מקום בהוראה בתקופת הכנס/השתלמות  מלמד  לא מלמד

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

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

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 אחראית/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:**