



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

בקשה לביצוע מחקר למילוי ע"י החוקר

מס' זהות / דרכון		לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
סוג המסמך	דפים	
0 1		

מספר מחקר: _____

הנחיות לבקשת קבצים ותוכנות

לתשומת לבכם בקשות לקבצים ותוכנות ימולאו בטפסים אחרים המפורטים בזה:

- ☞ בקשת קבצי נתונים: יוגשו על גבי טופס בל/ 3708- בו יפורטו קבצי הנתונים הנדרשים מהמוסד לביטוח לאומי בהם מבקשים לעשות שימוש בחדר המחקר. לגבי כל קובץ ימולא טופס נפרד.
- ☞ קבצי נתונים שברשות המבקש – יוגש על גבי טופס בל/ 3709, בו יפורטו הקבצים אותם הוא מבקש להתקין בחדר המחקר. לגבי כל קובץ ימולא טופס נפרד.
- ☞ דרישות סף טכנולוגיות לביצוע המחקר – יפורטו בבל/ 3710.
- ☞ תוכנות מחשב בבעלות החוקר אותן מבקש להתקין במחשב בחדר מחקר – יפורטו בבל/ 3711. לגבי כל תוכנה ימולא טופס נפרד. אם אישור המחקר, יידרש החוקר להמציא מסמכים המוכיחים את בעלותו החוקית על התוכנות המפורטות).

1

פרטי המבקש

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
כתובת					
רחוב / תא דואר		מס' בית	כניסה	דירה	יישוב
מיקוד					
טלפון נייד		טלפון נוסף		דואר אלקטרוני	
				_____@_____	
המוסד המעסיק		מחלקה/מסגרת במוסד		תפקיד ותואר תפקיד	

2

סוג הבקשה

- בקשה ראשונה למחקר זה
- בקשה לשינויים עבור מחקר פעיל בחדר מחקר*

* כל בקשה לשינוי תלווה בטפסים המתאימים.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

כותרת:

מחקר חדש שינוי למחקר

תמצית (כמתיים מילה) המתארת: א. יעדים, ב. שיטות מחקר ותכניות ביצוע, ג. חשיבות המחקר המוצע (ייחודיות, חדשניות), ד. זיקת המחקר לעבודת המוסד לביטוח לאומי.
הארכת המחקר: תיאור שלבי המחקר שכבר בוצעו ושל הנותרים לביצוע בהארכה המבוקשת.

זמן משוער לביצוע המחקר בחדר מחקר:

רבעון חצי שנה שנה אחר _____

נא לפרט את פרטי עמיתי המחקר ועוזרי המחקר, אשר יעשו שימוש בחדר המחקר, כולל שם החוקר עצמו.

				שם משפחה
				שם פרטי
				ת.ז.
				תפקיד במחקר (עמית, עוזר)
				מוסד החוקר
				מחלקה/פקולטה
				תפקיד במוסד
				כתובת
				עיר ומיקוד
				טלפון נייד
				טלפון נוסף
				דואר אלקטרוני
				הערות

שם החותם _____ תאריך _____ חתימה ✕ _____

אישור סמנכ"ל מחקר ותכנון לזיקת המחקר למוסד /לשינוי

שם _____ תאריך _____ חתימה * _____

הערות:

אישור היועץ המשפטי לתנאי הסף

שם _____ תאריך _____ חתימה * _____

הערות:

אישור הממונה על אבטחת המידע

שם _____ תאריך _____ חתימה * _____

שם האגף _____ שם היחידה _____

שם מנהל האגף _____ חתימת מנהל האגף * _____

הערות והמלצות:
