המוסד לביטוח לאומי
מינהל משאבי אנוש
אגף משאבי אנוש

חותמת קבלה	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון סוג המסמך דפים

הצהרה על קרבה משפחתית של עובד, מועמד לעבודה או מתנדב

1 הצהרת עובד, מועמד לעבודה או מתנדב

אני החתום מטה ❑ עובד במוסד לביטוח לאומי ❑ מועמד לעבודה בביטוח לאומי ❑ מועמד להתנדבות ואלו פרטי האישיים:

שם משפחה	שם פרטי	מספר עובד בסאפ	מספר זהות ס"ב

❑ עובד במוסד לביטוח לאומי במינהל/סניף? _____

❑ מועמד לעבודה ❑ מועמד להתנדבות במוסד לביטוח לאומי בסניף/מינהל _____ בתפקיד _____

מצהיר בזאת:

❑ לא ידוע לי על קרוב משפחה המועסק במוסד לביטוח לאומי (מעבר לקרובי המשפחה המפורטים בתקשי"ר)

❑ קרוב/י משפחתי המפורט/ים להלן, מועסק/ים במוסד לביטוח לאומי

שם משפחה	שם פרטי	מועסק בסניף/מינהל
בתפקיד		סוג קרבה משפחתית
שם משפחה	שם פרטי	מועסק בסניף/מינהל
בתפקיד		סוג קרבה משפחתית
שם משפחה	שם פרטי	מועסק בסניף/מינהל
בתפקיד		סוג קרבה משפחתית

הצהרת עובד המוסד

ידוע לי כי הצהרה לא אמיתית או לא מלאה היא בגדר עבירת משמעת וכי כל מקרה של ניגוד עניינים, ייבחן ע"י מנהל אגף משאבי אנוש ובמידת הצורך יובא גם בפני הועדה לניגוד עניינים של המוסד.

תאריך_____ חתימה✗_____

הצהרת מועמד

ידוע לי, כי הצהרה לא אמיתית או לא מלאה, עלולה לפסול אותי מלהתקבל לעבודה או להתנדבות במוסד לביטוח לאומי או לגרום להפסקת עבודתי או התנדבותי .

כמו כן, אני מצהיר שאדווח על כל קרבת משפחה שתיוודע לי או תיווצר במהלך עבודתי או התנדבותי במוסד

תאריך_____ חתימה✗_____

אישור מנהל משאבי אנוש בסניף/מ"ר

אני הח"מ _____ מספר תעודת זהות _____ מאשר כי הנ"ל חתם על ההצהרה דלעיל לאחר שקרא אותה והסברתי לו את תוכנה.

תאריך_____ תפקיד _____ שם החותם _____ חתימה ✗_____

מנהל אגף משאבי אנוש

❑ מאשר ❑ לא מאשר תאריך_____ חתימה✗_____

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד