



הצהרת עובד/ת על מוגבלות

האוניברסיטה העברית רואה חשיבות רבה בהעסקה של עובדים עם מוגבלויות שונות ועושה מאמצים ופעולות שונות לצורך קידום העסקתם. על מנת לקבל תמונה טובה של המצב הקיים, לגבש דרכי שילוב נדרשות וכן לעמוד בדרישות החוק בנושא, נודה מאוד על מענה לשאלון הבא:

1. האם הנך אדם עם מוגבלות כלשהי? **כן / לא**

• במידה וכן, נא לפרט: _____

*הגדרת אדם עם מוגבלות: (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, ה'תשנ"ח-1998)
"אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית, לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים."*

2. האם נקבעו לך אחוזי נכות ע"י המוסד לביטוח לאומי / מס הכנסה / משרד הבריאות? **כן / לא**

• במידה וכן, כמה אחוזי נכות? _____

• על ידי מי? _____ (המוסד לביטוח לאומי/ מס הכנסה/ משרד הבריאות)

3. האם את/ה נכה/ נכת צה"ל? **כן / לא**

4. הנכות הינה: **קבועה / זמנית**

5. האם נדרשת לך התאמה כלשהי על מנת לבצע את תפקידך? **כן / לא**

• במידה וכן, נא לפרט: _____

מהי התאמה?

שינוי, תוספת, אביזר או שירות הנדרשים עבור עובד עם מוגבלות מעבר לנדרש לעמיתו ללא מוגבלות, לשם השתלבותו המקצועית ולשם תפקוד יום יומי במקום העבודה ככל העובדים.

6. הערות או בקשות נוספות: _____

הסכמה לשימוש במידע: מידע שיימסר על ידך ישמש את האוניברסיטה לטובת הערכת מצב ההעסקה של עובדים עם מוגבלות באוניברסיטה, לימוד על דרכי שילוב נדרשות וכן בחינת ביצוע התאמות לעובדים הנזקקים בכך. יובהר שלא חלה עלייך חובה כלשהי למלא את השאלון. המידע ישמר בהתאם ובכפוף למדיניות האוניברסיטה. מידע אישי אודותיך ישותף עם צדדים שלישיים רק באופן הבא: (א) תוך הסרת פרטים מזהים ולצרכים סטטיסטיים; או (ב) בכפוף להסכמתך המפורשת בכתב או בעל פה, יועבר מידע אישי אודותיך, בהיקף הנדרש, לצורך הצעה לסייע לך.

אני מצהיר/ה בזאת כי אני מסכים/ה לאיסוף, שימוש ועיבוד של מידע אישי אודותיי, כולל מידע רגיש, שאמסור ו/או שייאסף בדרך אחרת למטרות שפורטו לעיל.

שם מלא _____ ת.ת. _____ תאריך _____ חתימה _____

יש להפנות טופס זה לאחראית על העסקת עובדים עם מוגבלות, עו"ס דנה פינטו,
עובדת הרווחה באגף משאבי אנוש: בטל': 02-5881553 או בדוא"ל: danapinto@savion.huji.ac.il