



## טופס הצהרת עובד/ת על מוגבלות

חשוב להדגיש, כי אינך חייב/ת לענות על השאלות הבאות, כולן או חלקן. המידע שיימסר יישמר ע"י האוניברסיטה תוך הקפדה על צנעת הפרט ובסודיות מוחלטת ויועבר אך ורק לגורמים שמתוקף תפקידם נדרשים למידע זה.

א. האם את/ה אדם עם מוגבלות כלשהי? כן/לא

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

האם נקבעו לך אחוזי נכות ע"י: המוסד לביטוח לאומי/ מס הכנסה/ משרד הביטחון/ משרד הבריאות?  
אם כן - כמה אחוזי נכות?

האם עברת שיקום מקצועי?

האם את/ה נכה/ת צה"ל?

ב. אם כן, האם המוגבלות שלך היא:

1. קבועה/זמנית

2. מוכרת על ידי המוסד לביטוח לאומי/משרד הבריאות/משרד הביטחון (אם כן, הקף בעיגול)

3. סוג המוגבלות: \_\_\_\_\_

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

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.

אם כן, איזו? \_\_\_\_\_

בכל שאלה ניתן לפנות לאחראית על העסקת בעלי מוגבלויות, שרי טרן חדד, עו"ס,

עובדת הרווחה באגף משאבי אנוש: בטל': 02-5881553 או בדוא"ל: [revacha@savion.huji.ac.il](mailto:revacha@savion.huji.ac.il)