



בקשה לפטור משכר לימוד לקרוב משפחה, לשנת הלימודים _____, באוניברסיטה (יש לסמן ✓ במקום המתאים):

☐ בן-גוריון בנגב, ☐ בר-אילן, ☐ חיפה, ☐ הטכניון, ☐ מכון ויצמן למדע, ☐ תל-אביב

א. פרטי הבקשה והצהרת העובד/ת – ימולא על-ידי העובד/ הגמלאי – מגיש הבקשה (יש לסמן ✓ במקום המתאים)

1. פרטי העובד/ת

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	אחוז המשרה
מיני	מעמד	דרגה	מחלקה
☐ אקדמי	☐ קבוע		
☐ אקדמי קליני	☐ ארעי/חוזר במינוי מ- _____ עד _____		
☐ מינהלי	☐ גמלאי		

2. פרטי התלמיד/ה ופרטי הבקשה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה
קרבה למבקש/ת		סוג הלימודים	
☐ בן	☐ בת	☐ תואר ראשון	☐ תואר שני
☐ בן/בת-זוג	☐ אחר:	☐ תואר שלישי	☐ אחר:
חוגי הלימוד			

3. הצהרת העובד/ת/ הגמלאי/ת

- 3.1 אני מצהיר/ה בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ומדויקים.
- 3.2 ידוע לי שאני זכאי/ת לפטור משכ"ל באוניברסיטה אחת בלבד עבור התלמיד, שפרטיו רשומים לעיל.
- 3.3 ידוע לי כי הפטור משכ"ל ניתן לי עבור חוג הלימודים המפורט לעיל בלבד, וכי לא אהיה זכאי/ת לפטור משכ"ל בגין לימודים אחרים.
- 3.4 ידוע לי שאם קיבלתי טופסי פטור משכ"ל כדי שכן משפחתי יירשם ליותר מאוניברסיטה אחת, יהיה עליו לבטל את ההרשמה בכל המקומות בהם אין בדעתי ללמוד ולא יאוחר מ- 15 בספטמבר; במידה שכן משפחתי לא יבטל את ההרשמה כראוי ויהיה חייב עבור יותר מאוניברסיטה אחת, ינוכה ממני מלוא שכר הלימוד עבור כל שכר לימוד מעבר לפטור שאני זכאי/ת לו ללימודים באוניברסיטה אחת.
- 3.5 ידוע לי כי אני זכאי/ת לפטור משכ"ל בהיקף של עד 300% עבור תואר ראשון ו/או עד 200% עבור תואר שני בכפוף להוראת הנהלה [05-017](#).
- 3.6 ידוע לי כי הפטור הנ"ל כפוף להוראות מס הכנסה, וכי תנהגו לגבי בהתאם להוראות אלה כפי שיהיו מזמן לזמן.
- 3.7 ידוע לי כי הפטור משכ"ל ניתן לי עבור שנת הלימודים הנ"ל, למרות שטרם ידוע אם אהיה מועסק/ת במשך כל התקופה הנ"ל ובאילו תנאים, לרבות היקף משרתי.
- 3.8 אני מתחייב/ת בזה כי, בכל מקרה של הפסקת עבודתי באוניברסיטה ו/או הקטנת היקף משרתי ו/או יציאתי לחל"ת ו/או כל מקרה אחר שמפקיע זכותי לפטור משכ"ל כמפורט בהוראת הנהלה [05-017](#) אחזיר את ההפרש המגיע לאוניברסיטה.
- 3.9 ידוע לי כי האוניברסיטה רשאית לנכות כל הפרש שייווצר לטובתה מהשכר/הפיצויים שמגיעים לי ממנה, ולהתנות מתן כל אישור ו/או מסמך בתשלום חוב זה.

תאריך _____ חתימה _____

ב. אישור והתחייבות בית החולים "הדסה" – ימולא על-ידי מחלקת כוח אדם של בית החולים "הדסה" ויצורף הנספח לטופס זה

אנו מתחייבים לשלם את שכר הלימוד לאוניברסיטה העברית עבור התלמיד/ה הנ"ל בשיעור שלא יעלה על _____ אחוזים משכר לימוד מלא בתוכנית רגילה ללימודים כמפורט לעיל, לא כולל דמי הרשמה ותשלומים נלווים.

תאריך _____ שם _____ תפקיד _____ חתימה _____ חותמת בית החולים _____

ג. אישור והתחייבות האוניברסיטה העברית – ימולא על-ידי מנהל מחלקת כוח אדם באגף משאבי אנוש

אנו מתחייבים לשלם את שכר הלימוד עבור התלמיד/ה הנ"ל בשיעור שלא יעלה על _____ אחוזים משכר לימוד מלא בתוכנית רגילה ללימודים כמפורט לעיל, לא כולל דמי הרשמה ותשלומים נלווים.

הערות: _____

תאריך _____ שם _____ חתימה _____ חותמת האוניברסיטה העברית _____

שנה אקדמית היא מיום 1 באוקטובר עד 30 בספטמבר. בקשה למימוש זכאות לפטור משכ"ל תוגש באותה שנה אקדמית.

אישור זה יש לצרף לבקשה של בית החולים "הדסה"

לכבוד

מנהל מחלקת כוח אדם באגף משאבי אנושהנדון: אישור בדבר קיום מינוי אקדמי או קליני באוניברסיטה

הנני לאשר כי לעובד/ת בית החולים "הדסה" שפרטיו/ה מפורטים להלן יש מינוי אקדמי באוניברסיטה העברית:

שם	מספר זהות	דרגה
----	-----------	------

(יש לסמן ✓ במקום המתאים)

☐ מינוי אקדמי באוניברסיטה, בפקולטה _____ (שם הפקולטה והיחידה)

☐ מינוי קליני באוניברסיטה בפקולטה _____ (שם הפקולטה והיחידה)
--

המינוי מיום _____ ועד יום _____ בהיקף _____.

אחוז המימון המאושר (בכפוף להתחייבות בית החולים בטופס 054 סעיף ב'): _____.

תאריך	שם המאשר/ת מטעם הפקולטה	תפקיד	חתימה
-------	-------------------------	-------	-------