



לשכת היועצת המשפטית
Office Of The Legal Advisor

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

98753217

התחייבות סטודנט לסיעוד הלומד בתוכנית אקדמית מלאה לתואר ראשון בסיעוד (שהחלה בשנת תשע"ח אוקטובר 2017)

מסמך זה נכתב בלשון זכר אך מיועד לגברים ונשים כאחד.

התחייבות זו הינה חלק ממערך מתואם ומוסכם עם משרד האוצר שמטרתו לקדם כניסה של מועמדים חדשים למקצוע, ולאפשר גמישות בשיבוץ הבוגרים בכלל המערכת הציבורית. ההתחייבות מפרטת את התנאים לקבלת מלגת לימודים בהלוואה עומדת, ואת התנאים להפיכת ההלוואה העומדת למלגת שכר לימוד.

אני החתום מטה מאשר ומתחייב בזאת לאמור:

שם משפחה:	_____	שם פרטי:	_____
מס' ת.ז.:	_____	כתובת:	_____
טלפון:	_____	טל' נייד:	_____

- הנני מצהיר כי במועד חתימתי על התחייבות זו, לא ידוע לי על כל מניעה חוקית ו/או בריאותית המונעת ממני או מגבילה אותי לממש את התחייבויותי המפורטות להלן.
- בהמשך להצטרפותי לתוכנית לימודים לתואר ראשון בסיעוד, במכללה/אוניברסיטה, (להלן: "תכנית הלימודים"), ולאחר שאושר לי הלימודים במוסד האקדמי בהתאם להתחייבויותי ולהצהרותי כמפורט להלן;
- ידוע לי כי אשא בעלות שכר הלימוד לתוכנית הלימודים, כפי שתקבע לאחר ניכוי ההלוואה, אשר תשולם ישירות למכללה/אוניברסיטה. משרד הבריאות (להלן: "המשרד"), יממן ההלוואה שתהווה מחצית משכר הלימוד המלא, כפי שנקבע על ידי הועדה לתכנון ולתקצוב במועצה להשכלה גבוהה (ללא הסכום עבור אבטחה, שרותי רווחה ונלווים). בתמורה לכך, אני מתחייב בחתימתי זו לעשות כל שביכולתי על מנת לעמוד בהצלחה בלימודיי.



98753217

4. ידוע לי ואני מסכים כי ההפרש בין שכר הלימוד שממומן על ידי משרד הבריאות לבין שכר הלימוד שנקבע על ידי ות"ת ימומן על ידי ולא תהא לי כל דרישה כלפי המשרד לממן את ההפרש.
5. מוסכם ומובהר בזאת כי המימון של משרד הבריאות יהא בכפוף ללימודי במכללה / אוניברסיטה לתואר ראשון בסיעוד ועל פי דיווח המכללה/אוניברסיטה ולא יהווה תשלום עבור חובותי הכספיים האחרים למכללה/אוניברסיטה.
6. מוסכם ומובהר בזאת כי השתתפות משרד הבריאות בתשלום שכר הלימוד מותנית בכך שאעמוד בתוכנית הלימודים בכל שנה ממניין שנות הלימוד לתואר ובכפוף להצגת אישור המעיד על ביצוע תשלום חלקי בשכר הלימוד, כפי שמתחייב בסעיף 3 לעיל.
7. בתמורה למימון חלקו של המשרד בשכר הלימוד (25,000 ₪) לתואר כאמור לעיל, אני מתחייב בחתימתי זו כי עם סיום הלימודים אדאג לעשות כל שביכולתי על מנת לעבור את בחינות הרישוי והכל לצורך רישומי בפנקס האחים והאחיות שבמינהל הסיעוד כנדרש על פי חוק.
8. אני מתחייב כי לאחר שארשם בפנקס האחים והאחיות, כמפורט לעיל, אחזיר את כספי ההלוואה תוך חצי שנה מיום הרישום בפנקס.
9. ידוע לי כי כספי המלגה הם בחזקת הלוואה עומדת ועל כן, לא יישאו ריבית או הצמדה לצורך ההחזר המתחייב, קרי חצי שנה. ידוע לי שמעבר להחזר במועד הנקוב, קרי חצי שנה, יושתו עליהם הריבית וההצמדה על פי המתחייב במשק.
10. על אף האמור בסעיף 8 לעיל, ידוע לי כי אם אעבוד למשך שנתיים (2) רצופות לפחות במשרה מלאה או בתקופה שוות ערך במוסד רפואי בו אשובץ על ידי מינהל הסיעוד שבמשרד הבריאות, באזור המרכז, הדרום או ירושלים - לא אצטרך להחזיר את כספי ההלוואה.
11. ידוע לי כי אם אעבוד פחות מכך, אחזיר את החלק היחסי.
12. אני מבין ומקבל על עצמי כי במידה שאפר את ההסכם ואת התחייבויותי כמפורט לעיל ולהלן ובכפוף לאמור בסעיף זה, אשא בתשלום סכומי הכסף המפורטים להלן ובהתאם לתנאים המפורטים להלן :



98753217

- א. מובהר ומוסכם על הצדדים כי במידה שאפסיק את לימודיי או שלימודיי יופסקו על ידי המכללה /אוניברסיטה, תהא הסיבה לכך אשר תהא, יבוא הסכם זה לסיומו ואדרש להחזיר למשרד הבריאות כל סכום ששלם המשרד עבור לימודיי.
- ב. במידה שלא אגש לבחינות הרישוי כמתחייב, ובתנאי שאהיה זכאי לכך, אחזיר למשרד הבריאות סכום של 25,000 ₪ שהינו הסכום ששולם למוסד הלימודים לצורך מימון לימודיי והתקורה.
- ג. מובהר ומוסכם כי במידה שלא אעבור את בחינת הרישוי, במהלך שנה מיום הסיום אחזיר את ההלוואה ללא ריבית והצמדה.
13. למילוי כל התחייבויותיי כמפורט לעיל, וכתנאי להשתתפות בתוכנית לימודים, במכללה /אוניברסיטה, לתואר ראשון בסייעוד, לקראת מעמד אח מוסמך במסגרת הסכם זה, הריני מתחייב להפקיד בידי משרד הבריאות המחאה לטובת משרד הבריאות בסכום כולל של 25,000, שהינו 50% מגובה שכר הלימוד ותקורה ששילם המשרד למוסד הלימודים.
14. מובהר בזאת כי בכל מקרה בו לא אעמוד בהתחייבויותיי כמפורט בהסכם זה ולא אשיב למשרד הבריאות את שכר הלימוד, בתוך 30 ימי עסקים מיום קבלת דרישת תשלום, ומבלי לגרוע מזכותו של המשרד לגבות את החוב בכל דרך חוקית העומדת לרשותו, יהיה משרד הבריאות רשאי לפרוע ולממש את ההמחאה.
15. בחתימתי על הסכם זה אני מאשר למכללה/לאוניברסיטה להעביר למשרד הבריאות את פרטי האישיים המצויים ברשותה כגון: שם, ת.ז., כתובת מגורים עדכנית, טלפון, מצב שכר הלימוד ומידע אודות לימודי;
16. אני מצהיר שלא קיבלתי בעבר מלגה ללימודי סיעוד ממשרד הבריאות וכי לא הגשתי בקשה לקבלת הלוואה ללימודי סיעוד פרט להלוואה במסגרת זו.

_____ חתימה:

_____ תאריך: