



11.04.2021

רשימת תפוצה

שלום רב,

פורטל מגן אבות ואימהות מהווה תשתית מידע עבור המנהלים ואחראי קורונה לניהול נגיש ויעיל של קבלת תוצאות הדיגומים וקבלת מידע לגבי המחוסנים בכל מוסד.

מיום שני, 19.04.2021 תוצאות הדגימה יוצגו עבורכם באמצעות הפורטל בלבד.

כל מנהל מוסד ו/או רופא מוסדי המבקש לקבל הרשאת גישה לפורטל יעביר טופס הצטרפות וחתימה על הצהרת סודיות.

תמיכה עבור הפורטל :

א. תמיכה טכנית- שימוש במערכת והתחברות:

טלפון: **02-5081000 שלוחה 2**, דוא"ל: Mavot_sup@moh.gov.il

זמני פעילות: א'-ה' : 07:30 - 20:00

יום ו' : 08:00 - 12:00

ב. תמיכה תפעולית- בקשה לדיגומים, קבלת תשובות:

מוקד טלפוני מגן אבות ואימהות ***8007 שלוחה מס' 5**

זמני פעילות: כל ימי השבוע: 08:00 – 24:00, ביתר השעות יינתן מענה לחירום בלבד

בברכה,

"מגן אבות ואימהות"

מגן אבות ואימהות- תכנית לאומית למתן מענה להגנה על דיירי מוסדות הגיל השלישי.
מוקד מוסדות- *8007



טופס בקשה לקבלת הרשאה גישה פורטל דיגומים וחיסונים משרד הבריאות

1. פרטי המוסד/ות

קוד המוסד	שם המוסד	המשרד האחראי*	כתובת המוסד
1.			
2.			
3.			

* משרד הבריאות / משרד הרווחה / משרד הקליטה / משרד השיכון
הערה : במידה וממלא/ת הטופס ממונה על 2 מוסדות לדוגמא מוסד משולב בריאות ורווחה,
יש לציין כל מוסד בשורה נפרדת.

2. פרטי המבקש/ת

תעודת זהות (9 ספרות):	
שם פרטי עברית):	
שם משפחה(עברית):	
תאריך לידה:	
תפקיד במוסד:	
טלפון נייד:	
כתובת דוא"ל:	

שימו לב- בהתאם להנחיית היועץ משפטי במשרד הבריאות הגישה לפורטל הינה למנהל המוסד ו/או למנהל הצוות הרפואי בלבד

הצהרת המבקש להתחבר

הנני מצהיר/ה כי הבנתי את כללי השימוש הנאות להתקשרות לרשת משרד הבריאות, את כללי אבטחת המידע ומתחייב/ת כדלהלן:

- לא להפיץ מידע השייך המוצג בפורטל דיגומים לרבות תוצאות הנדגמים ופרטים אישיים
- המידע אודות מתחסנים מיועד להערכת היקף המתחסנים במוסד בלבד, ולא ישמש לצורך פניה למטופלים/מטפלים שבוחרים שלא להתחסן (ככל שישנם כאלו).
- לא להעביר את אמצעי הזיהוי לכל אדם אחר לרבות עובדי המוסד.
- לא לגלות לאף גורם את הקוד האישי (PIN) המשויך לאמצעי הזיהוי.
- להודיע מיידית על חשיפת הקוד למנהל אבטחת המידע של משרד הבריאות.
- עם סיום הצורך בצפייה בנתונים אני מתחייב להודיע מיידית לתמיכה הטכנית במשרד הבריאות ו/או למכלול מגן אבות ואימהות – במוקד הטלפוני *8007

תאריך:		חתימת המבקש/ת:	
--------	--	----------------	--

*****יש לצרף צילום תעודת זהות / רישיון נהיגה / דרכון*****



טופס הצהרת שמירה על סודיות

תאריך _____

אני החתום מטה _____ מספר ת.ז.

(שם פרטי + שם משפחה)

מתחייב בזאת:

1. לשמור בסוד ולא להעביר, לא להודיע, לא למסור ו/או לא להביא לידיעת כל אדם, שלא בהתאם להנחיות מסירת המידע בארגון, כל ידיעה וכל מידע, אשר יגיעו לידיעתי בתקופת עבודתי כאמור, או לאחר מכן.
2. התחייבותי זו חלה לגבי כל סוגי המידע, בין אם יגיעו לידיעתי בתוקף עבודתי כאמור ובין אם יגיעו לידיעתי בכל דרך אחרת.
3. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת מתן השירותים למשרד הבריאות או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כל שהוא, לרבות מידע אודות הנבדקים ושוהים אחרים במשרד הבריאות.
4. כמו כן, אני מתחייב כי אם אקבל רשות להשתמש במאגרי המידע של משרד הבריאות, אעשה זאת אך ורק לצורך מתן השירותים למשרד הבריאות, ובהסכמה מפורשת בכתב מטעמו. אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות והוראות כל חוק הנוגע לעניין
5. אני מצהיר בזה שידוע לי, כי אי מילוי התחייבויותי הנ"ל מהווה עבירה פלילית מכוח חוק העונשין, התשל"ז 1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1991 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבויותיי.

תאריך _____ חתימת המצהיר _____