



## טופס בקשה לקבלת הרשאה גישה פורטל דיגומים משרד הבריאות

### 1. פרטי המוסד/ות

קוד המוסד במגן אבות	שם המוסד	המשרד האחראי*	כתובת המוסד
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

\* משרד הבריאות / משרד הרווחה / משרד הקליטה / משרד השיכון  
הערה: במידה וממלא/ת הטופס ממונה על 2 מוסדות לדוגמה 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:	

### **נא לסמן את ההרשאות המבוקשות:**

דיווח אוכלוסיית המוסד - 192025

דיווח תוצאות בדיקות אנטיגן, הגשות בקשות לדיגום PCR - 192024

צפייה בתוצאות דיגום ובחיסונים במוסד - 192021

**שימו לב- בהתאם להנחיית היועץ משפטי במשרד הבריאות הצפייה בתוצאות ובחיסונים הינה למנהל המוסד ו/או למנהל הצוות הרפואי בלבד**

תאריך:	חתימה וחותמת מנהל/ת המוסד
--------	---------------------------

חסי - לאחר מילוי

משרד הבריאות

**יש לשלוח את הטופס חתום וסרוק בהתאם להרשאה הרצויה לכתובת:**  
הקמת משתמשים בפורטל - [Lea.Gaon@MOH.GOV.IL](mailto:Lea.Gaon@MOH.GOV.IL) | הרשאה לאוכלוסייה בלבד - [Magen\\_HD@MOH.GOV.IL](mailto:Magen_HD@MOH.GOV.IL)  
בירור נוספים ניתן לפנות מוקד הטלפוני \*8007 שלוחה מספר 1



## 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 שבחורים שלא להתחסן (ככל שישנם כאלו).
- לא להעביר את אמצעי הזיהוי לכלל 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 התחייבויותיי 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 \_\_\_\_\_