



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

מסמך זה מיועד לנשים ולגברים כאחד

## בדיקת התאמה ביטחונית - עלון מידע לנבדק

### כללי

אתה משמש או מיועד לשמש בתפקיד המחייב סיווג ביטחוני. מכח סעיף 7(ב)3) וסעיף 15 לחוק שירות הביטחון הכללי, התשס"ב-2002 (להלן: **החוק**) התקנות והכללים שמכוחו, שירות הביטחון הכללי הוא הגורם המוסמך במדינת ישראל לקבוע התאמה ביטחונית של אדם לתפקיד או למשרה שסווגו בסיווג ביטחוני. בדיקת ההתאמה הביטחונית מתבצעת לקראת שירות צבאי ובמהלכו (כולל שירות מילואים), לפני קבלה לתפקיד ו/או משרה מסווגים, לפני מעבר לתפקיד ו/או משרה בעלי סיווג ביטחוני גבוה יותר וכן, במסגרת בדיקות ביטחון חוזרות כל עוד הנך מוצב בתפקיד מסווג.

### תכלית הבדיקה

תכלית בדיקת ההתאמה הביטחונית היא להבטיח שבתפקידים ובמשרות שהוגדרו כמסווגים, יועסקו אנשים המתאימים ביטחונית וזאת על מנת להגן על סודות המדינה, אישים ומתקנים מאובטחים.

### מי מבצע את הבדיקה

בדיקת ההתאמה הביטחונית מונחת ו/או מבוצעת על-ידי שירות הביטחון הכללי. אולם, חלקים מסוימים של הבדיקה, כמו התחקור הביטחוני (ראיון) והליכים נוספים יבוצעו לרוב על-ידי הגוף אליו אתה מועמד או מועסק בו. פעולות אלו ייעשו בכפוף ובהתאם להנחיות שרות הביטחון הכללי.

### הליכי בדיקת ההתאמה הביטחונית

הליך בדיקת ההתאמה הביטחונית עשוי לכלול מרכיבים שונים, כגון: מילוי שאלונים, תחקור ביטחוני, בדיקה רפואית, אבחון פסיכולוגי, בדיקות מהימנות, בדיקות פוליגרף, עיון במאגרי מידע של גופים ציבוריים ופעולות נוספות, דוגמת פנייה לאנשים המכירים אותך מהעבר ו/או בהווה. עם זאת, מרכיבי בדיקת ההתאמה הביטחונית משתנים מבדיקה לבדיקה בהתאם לצורך ולשיקול דעתם של בודקי ההתאמה הביטחונית. בנוסף, יתכן כי במסגרת הליך בדיקת ההתאמה הביטחונית שלך, בני משפחתך מדרגה ראשונה יידרשו לעבור בעצמם בדיקות שונות, לרבות תחקור ביטחוני ובדיקות פוליגרף לצורך קביעת התאמתך הביטחונית. במסגרת הליך ההתאמה הביטחונית תידרש לחתום על הצהרות שונות, בהן ויתור על סודיות מידע וסודיות רפואית. חתימה על הצהרות והתחייבויות אלו הן תנאי לביצוע הליך ההתאמה הביטחונית, והן תעמודנה בתוקף ממועד חתימתך ולכל אורך התקופה בה תשמש בתפקיד מסווג, לרבות בשירות המילואים.

### אמינות הנבדק

אמינותך בהליך ההתאמה הביטחונית היא בעלת חשיבות מכרעת. דברי שקר, הסתרת מידע ואף אי-דיוקים משמעותיים, עלולים להביא לקביעת אי התאמתך הביטחונית לתפקיד ו/או למשרה מסווגים אליהם הנך מועמד או מועסק.

### שיתוף פעולה בהליך ההתאמה הביטחונית

ביצוע בדיקת ההתאמה הביטחונית וסיומה בזמן סביר תלויים רבות במידת שיתוף הפעולה מצדך. סירוב לעמוד בכל הכרוך בשלבי הבדיקה השונים, עשוי להביא להפסקת בדיקת ההתאמה הביטחונית ואף להביא להחלטה בדבר אי התאמתך הביטחונית, על רקע זה.

### שמירת פרטיות

ככלל, מידע הנמסר בהליכי ההתאמה הביטחונית ישמש לתכלית זו בלבד. בדיקת ההתאמה הביטחונית מתבצעת תוך הקפדה על כך שהפגיעה בפרטיותו של הנבדק, תהיה במידה הנחוצה באופן סביר ושאינה עולה על הנדרש לצורך קביעת ההתאמה הביטחונית.

## מסמך זה מיועד לנשים ולגברים כאחד

אולם, במקרים מסוימים, ייתכן שמידע שתמסור בהליכי הבדיקה ויימצא לגביו כי הוא רלוונטי וחיוני לגורמי הגיוס או התעסוקה בתפקיד אליו הנך מועמד ו/או מועסק, יועבר לגורמים אלו בהתאם לשיקול דעת שירות הביטחון הכללי.

כמו-כן, ככל שאתה מחזיק בהכשר ביטחוני לגופים אחרים, לרבות בשירות המילואים, ייתכן שמידע חיוני ורלוונטי שיעלה בבדיקתך הנוכחית יועבר לגורמים המופקדים על כוח האדם בגופים אלה.

בנוסף לאמור, ייתכן שמידע המצביע על חשד לביצוע עבירות משמעת חמורות או עבירות פליליות חמורות, שיעלה במסגרת בדיקת התאמתך הביטחונית, יועבר לגורמי המשמעת במקום העבודה ו/או לגורמי האכיפה, מקום בו יימצא כי קיים אינטרס ציבורי המחייב העברת המידע.

**אי התאמה ביטחונית**

ככל שיימצא שאינך מתאים ביטחונית לתפקיד או למשרה אליה הנך מועמד ו/או מועסק, תקבל על כך הודעה מנומקת בכתב. קביעה זו תעמוד בתוקפה לכל היותר לפרק זמן של חמש שנים.

החלטה בדבר אי התאמה ביטחונית לתפקיד אליו הנך מועמד ו/או מועסק עלולה להשליך גם על סיווג ביטחוני במקומות אחרים.

**השגה על החלטה בדבר אי התאמה ביטחונית**

נבדק הרואה עצמו נפגע מהחלטה בדבר אי התאמתו הביטחונית למשרה ו/או לתפקיד שסווגו בסיווג ביטחוני, רשאי להשיג על ההחלטה, תוך פרק הזמן הקבוע לכך בחוק.

דרך הגשת ההשגה מפורטת בתקנות שירות הביטחון הכללי (הודעה למעביד בדבר דרישות סיווג בטחוני לעובדיו, הודעה לאדם בדבר אי התאמה ביטחונית וועדת השגה על קביעת אי התאמה ביטחונית) התשס"ג-2003.

**הגשת תלונה על חריגות שנתקיימו בהליך ההתאמה הביטחונית**

אם הנך סבור, כי בתהליך הבדיקה שנערכה לך טופלת באופן שאינו עולה בקנה אחד עם האמור לעיל, תוכל למסור את תלונתך למבקר שירות הביטחון הכללי.

(מספר פקס 03-7453830 כתובת: תלונות הציבור ת.ד. 17539 תא 61172)

**הנני מאשר שקראתי את העלון והבנתי את תוכנו**

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

	מס' זהות
--	----------



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

## שאלון אישי לבדיקת התאמה ביטחונית למועסק בתפקיד מסווג

תשומת לב:

1. בכל סעיף יש להתייחס לנושא המבוקש בעבר ובהווה.
2. יש למלא את השאלון בעט.
3. יש להקפיד על מילוי כל הסעיפים בשאלון באופן מלא ומדויק.
4. אין לציין בשאלון מידע מסווג.

מין:  זכר  נקבה

1. שם פרטי ושם משפחה בעברית:

2. פרטי התקשרות			
מס' טלפון נייד	מס' טלפון בבית	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון נוסף

3. פרטים אישיים	
מעמד משפחתי: <input type="checkbox"/> רווק/רווקה <input type="checkbox"/> נשוי/נשואה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> חד-הורי <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> אחר _____ <input type="checkbox"/> מס' ילדים <input type="checkbox"/>	דת: _____ האם שונתה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם שונתה: דת קודמת: _____ שנת השינוי: _____
סיבת השינוי: _____	

4. כתובת דואר אלקטרוני (לרבות כתובות לא פעילות)			
פעיל	עבודה	פעיל	פרטי
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

5. רשתות חברתיות, בלוגים, אתר אישי באינטרנט (לרבות לא פעילים)			
פעיל	שם אתר/רשת/בלוג	שם/כינוי המשתמש	כתובת האתר/הבלוג
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			

6. מעמד אזרחי בישראל:  אזרח  תושב קבע  תושב ארעי  תייר  אחר: \_\_\_\_\_

	שם המועסק/ת
	מס' זהות

7. האם ברשותך דרכון ישראלי?  לא  כן    אם קיים: מס' הדרכון:      תקף  לא תקף

האם אבד/נגנב אי פעם?  לא  כן

8. האם אתה מחזיק באזרחות נוספת:  לא  כן    אם כן, מדינה:     שנת קבלה:

האם ברשותך דרכון זר?  לא  כן    אם כן,  תקף  לא תקף    מספרו:

מעבר לכך, האם אתה זכאי לאזרחות נוספת?  לא  כן    אם זכאי, האם התחלת בתהליך

בקשה לאזרחות נוספת  לא  כן    לאיזו מדינה     סיבת הזכאות:  מקום לידה  אזרחות הורה  אחר:

9. האם הגשת בקשת הגירה?  לא  כן    אם כן, שם המדינה:     שנת הבקשה:

מקום וסיבת הבקשה:

10. האם ברשותך אשרות שהייה למדינות נוספות שאינן למטרות תיירות?  לא  כן    אם כן, שם המדינה:

סיבות לבקשה:  עבודה  שהייה  לימודים  אחר     מקום הפנייה:     מועד הפנייה:

11. כתובת מגורים בארץ ובחו"ל: הנך מתבקש לרשום את כל הכתובות בהן התגוררת ב-10 שנים האחרונות. סמן  לציון דירות בבעלותך ו  לציון דירות שכורות. פרטי שותפים יש למלא בטבלה 11.א.

מדינה	עיר/ישוב	שכונה/רובע	רחוב	מס' בית	משנה עד שנה	הערות
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש
						<input type="checkbox"/> ב <input type="checkbox"/> ש

11.א. יש למלא פרטי שותפים למגורים (שם מלא, כתובת, טלפון) בארץ ובחו"ל ב-5 השנים האחרונות (יש לציין שותפים עימם קיים קשר בלבד)

	מס' זהות
--	----------

**12. השכלה:**  עד 14 שנות לימוד  תואר ראשון/שני  תואר שלישי ומעלה

הנך מתבקש לרשום את כל המסגרות בהן למדת, ובכלל זה גם כאלה בהן למדת זמן קצר בלבד.

מסגרת הלימוד	שם ביה"ס/ המוסד	יישוב	שנות הלימוד משנה עד שנה	מגמה/מקצוע	תעודה/תואר (אם לא השלמת לימודיך, הסבר)
לימודים על תכנונים					
לימודים אקדמאיים					

**13. שירות:**  צבאי  לאומי  לא

תאריך תחילה: \_\_\_\_\_ תאריך סיום: \_\_\_\_\_ שירות צבאי הינו נושא מסווג. לאור האמור, נא הבא עימך לתחקיר רשימה של היחידות בהן שירתת, התפקידים שמילאת ותאריכי השירות בכל אחד מהם.

**13.א. פרטי ממונה/מפקד ישיר אחרון שם:** \_\_\_\_\_ משך ההכרות: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**14. האם ביקרת בחו"ל? (כל שהייה מחוץ למדינת ישראל ב-10 השנים האחרונות)**  לא  כן

נא ציין מדינות בהן בקרת למטרות תיירות בחמש שנים האחרונות.

מדינה	מטרה
מדינה	מטרה
מדינה	מטרה
מדינה	מטרה
מדינה	מטרה
מדינה	מטרה

ביקורים בחו"ל שאינם למטרות תיירות (עבודה, לימודים, טיפולים רפואיים וכו') בעשר השנים האחרונות:

ציין אירועים לא שיגרתיים שאירעו לך במהלך שהותך בחו"ל:

	שם המועסק/ת
	מס' זהות

15. האם במהלך שהותך בחו"ל היו לך מגעים עם שלטונות מקומיים (לרבות צבא, מכס, משטרה, ביטחון, מודיעין, רשויות הגירה) או שגרירויות זרות?  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה. אם כן, פרט: שם גורם, שנה, מקום, מהות המגע/הקשר

---



---



---

16. האם היו לך קשרים משמעותיים ו/או מתמשכים עם גורמים לא ישראלים בארץ או בחו"ל לרבות משפחה/חברים/עבודה/דיפלומטים וכו' (ובכלל זה באינטרנט)?  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, נא פרט: בעבר/בהווה, בארץ או בחו"ל, באינטרנט, פרטי הגורם הזר (שם, גיל, עיסוק, טלפון, דוא"ל, ארץ מוצא), מהות הקשר ותדירותו

---



---



---

17. האם יש או היו לך קשרים (לרבות קשר באינטרנט) עם גופי ביטחון לא ישראלים בארץ ובחו"ל?  לא  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם היו לך קשרים, תדרש לפרט במהלך התחקיר על פי הפירוט הבא: שם הגוף, מדינה, תקופת הקשר, תדירות, נסיבותיו, קשר עבודה/שת"פ, הגורם עימו אתה בקשר (שם, כתובת, טלפון, מייל, תפקיד).

18. האם נקלעת לקשיים כלכליים משמעותיים לרבות חקירת מס, תהליכי הוצאה לפועל, כינוס נכסים, חשבונות מוגבלים, הלוואות "שוק אפור" וכו'?  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: שנה, מהות האירוע ותוצאותיו

19. האם את/ה סובל/סבלת מבעיות בריאות מהותיות?  כן  לא

מחלות לב  לחץ דם  בעיות נוירולוגיות  בעיות נשימתיות  אחר  אם כן, פרט:

---

19.א. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות (למעט ניתוחים קוסמטיים)?  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט:

---

19.ב. האם טופלת או הנך מטופל בטיפול תרופתי מתמשך?  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: סוג, מינון ומטרה.

	<b>שם המועסק/ת</b>
	<b>מס' זהות</b>

**20. האם טופלת/הנך מטופל על רקע נפשי (לרבות במהלך השירות הצבאי)?**  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט:

פרטי המטפלת/ת (שם ושם משפחה, כתובת ומספר טלפון):

**21. האם טופלת/הנך מטופל על ידי שירותי רווחה, לרבות גורם ת"ש בצה"ל?**  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: גוף מטפל, מועד, סיבת הפנייה, מהות הטיפול

פרטי המטפלת/ת (שם ושם משפחה, כתובת ומספר טלפון):

**22. באיזו תדירות הנך נוהג לשתות משקאות אלכוהוליים?**  כלל לא  עד פעם בשבוע  מספר פעמים בשבוע  תדירות יומית

באירועים מיוחדים או לעיתים רחוקות **נא פרט:**

**23. האם התנסית בעבר בסמים או שהנך נוהג להשתמש כיום לרבות: התנסות/שימוש חד פעמי, קנביס רפואי ו/או בחומר ממכר כלשהו (כגון: טיפקס, דבק מגע, גז מזגנים, תרופות וכו')?**

לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה. אם כן, פרט: סוג החומר, תדירות שימוש, תקופות שימוש

**24. האם נחקרת/נעצרת בארץ או בחו"ל ע"י רשויות החוק, לרבות חקירה או העמדה לדין בשירות חובה/קבע/מילואים?**

לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: שנה, מקום, מהות האירוע (עיכוב, מעצר, חקירה) ותוצאותיו (ממתין לביורור דין, העמדה לדין, גניזת התיק)

**25. האם ביצעת או היית שותף לביצוע עבירות מחשב?**  לא  כן  אבקש לשוחח על נושא זה בעל-פה.

אם כן, פרט: שנה, מהות העבירה ותוצאותיה









מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

המסמך מיועד לנשים וגברים כאחד למרות היותו מנוסח בלשון זכר.

## כתב ויתור על סודיות רפואית וסודיות המידע

שם משפחה	שם משפחה קודם	שם פרטי	שם פרטי נוסף	שם האב
מס' זהות	שנת לידה	ארץ לידה	שנת עליה	

אני הח"מ לאחר שקראתי והבנתי את תוכנו של מסמך זה, נותן בזאת רשות לכל רופא, או עובד רפואי, או מוסד רפואי, או פסיכולוג, או יועץ/ עובד במוסד רפואי או במוסד ציבורי אחר, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון כהגדרתה בחוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 (להלן "רשות ביטחון") את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצב בריאותי וכל ממצא רפואי לרבות מצב נפשי, שיקומי, תפקודי, או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כך גם מאשר בזאת לכל יועץ חינוכי ו/או יועץ אחר בעניינים אישיים, ו/או עובד סוציאלי (לפי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996), המועסק בין במסגרת פרטית ובין במסגרת רשות מקומית ו/או כל מוסד ציבורי, חינוכי או פרטי, למסור למבקש מטעם רשות ביטחון את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש על מצבי הבריאותי (לרבות מצב נפשי) ו/או הסוציאלי ו/או השיקומי.

אני משחרר בזה כל רופא או יועץ או עובד רפואי אחר, כל מוסד לרבות קופת חולים, בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים או שיקומיים או כל סניף מהמוסדות לעיל או פסיכולוג, או משרד הבריאות, לרבות המחלקה למידע והערכה בשירותי בריאות הנפש, מחובת שמירה על סודיות רפואית שחלה עליו על פי כל דין או אתיקה מקצועית - כלפי רשות ביטחון ו/או כל אדם הפועל מטעמה או בשליחותה, וכל אחד מהנמנים לעיל מחובת שמירה על סודיות עפ"י החוקים שהוזכרו בכתב זה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כוחו של כתב ויתור על סודיות זה יפה גם לגבי חומר רפואי המצוי אודותי אצל גופים ציבוריים או ממלכתיים אחרים.

\*כתב זה יעמוד בתוקפו בהליכי בדיקות התאמתו לתפקיד אליו אני מועמד וכל עוד אשאר בתפקיד מסווג.

ולראיה באתי על החתום

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

אימות חתימה:

חתימת המצהיר/ה על מסמך זה אומתה על-ידי:

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ מספר מזהה

\_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה

למועמד שהינו קטין (כלומר, מתחת לגיל 18 ביום החתימה) חתימת הורה/אפוטרופוס נדרשת בנוסף לחתימת הקטין.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם מלא של ההורה/אפוטרופוס

\_\_\_\_\_ תאריך



מדינת ישראל

היחידה הממלכתית לקביעת התאמה ביטחונית

## הסכמה למסירת מידע מהמרשם הפלילי ע"פ חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, תשמ"א 1981

אני החתום/ה מטה \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_ מועמד/ת

לעבודה/מועסק/ת ב \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזאת שידוע לי כי לצורך

קבלתי לעבודה ו/או לצורך המשך העסקתי, עלי לעבור בדיקה ביטחונית. \*

הואיל וכך, הנני נותן/ת בזאת הסכמתי מראש, על פי סעיף 12 ב (3) לחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים תשמ"א 1981, כי יימסר לנציגכם המוסמך כל מידע המצוי אודותי במרשם הפלילי כמשמעותו בחוק זה.

כמו-כן, ולמען הסר הספק, הנני מוותר/ת בזאת מראש על קבלת הודעה בדבר מסירת המידע.

\*כתב זה יעמוד בתוקפו בתהליכי בדיקת התאמתי לעבודה במסגרתכם ואם אתקבל לעבודה, וכל עוד אהיה מועסק/ת בתפקיד מסווג.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

אימות חתימה :

חתימת המצהיר/ה על מסמך זה אומתה על-ידי :

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ מספר מזהה

\_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה

למועמד/ת שהינו/ה קטיין/ה (כלומר מתחת לגיל 18 ביום החתימה)

חתימת הורה/אפוטרופוס נדרשת בנוסף לחתימת הקטיין/ה.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ שם מלא של הורה/אפוטרופוס

\_\_\_\_\_ תאריך