

**הצהרה על העדרות בגין מחלה קשה של ילד/ה**

שם העובד/ת \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_

**פרטי הילד/ה:**

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.לידה \_\_\_\_\_

העדרות מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ בשעות מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

אישור רפואי

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כי בת זוגי לא נעדרה מהעבודה ביום/ימים הנ"ל

הנני מצהיר כי אני הורה יחיד של הילד/ה וכי הטיפול בו/בה הינו באחריותי המלאה.

חתימת בן/בת הזוג

חתימת העובד/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שימוש מדור נוכחות : סמל 494

עודכן בתאריך \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_