



הצהרה על העדרות בגין סיוע/מחלה לילד/ה עם מוגבלות

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

פרטי הילד/ה עם מוגבלות:

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

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

סיוע (העדרות עד 52 שעות בשנה בלא ניכוי מהשכר)

ימי מחלה (חיוב 18 יום בשנה מימי המחלה הצבורים של העובד)

מצ"ב אישור רפואי

אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כי בן/בת זוגי לא נעדר/ה מהעבודה ביום/בימים הנ"ל.

הורה יחיד (כהגדרתו בחוק משפחות חד-הוריות)

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

שימוש מדור נוכחות:

עודכן בתאריך \_\_\_\_\_

סה"כ ניצול ימי מחלה \_\_\_\_\_ סה"כ ניצול שעות בלא ניכוי מהשכר \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_