



יחידת הרווחה לעובד/ת

אל: מנהלת תחום רווחה

בקשה להיעדרות בשל מחלת בן/ת משפחה במקרים רפואיים קשים וחריגים

טופס זה יצורף למכתב פנייה רשמי

חלק זה ימולא על-ידי העובד/ת - יש לצרף אישורים רפואיים תומכים

פרטי העובד/ת

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות		משרד	יחידה
		ה"ר			
תפקיד	ותק בשירות	גיל	חלקיות המשרה	מס' ילדים	גילאים

עיסוקו/ה של בן/ת הזוג: _____ מקום העבודה _____

תפקיד _____

עקב מחלה קשה או כרונית של בן/ת משפחתי הנני מבקש/ת לאפשר לי לנצל ימי מחלה מתוך:

המכסה הצבורה של ימי מחלתי המכסה הצבורה של ימי חופשתי

(בכל מקרה מכסת ימי חופשתי אינה עולה על 22 ימים, כנדרש לצורך הפניה לוועדה).

הקרבה של בן/ת המשפחה: _____ שם משפחה ופרטי _____

תיאור המקרה: (ציין/י תאריכים מדויקים על המחלה, ממתי אינך עובד/ת, כמה ימים סה"כ נעדרת עד עתה, ממה נוכו ימים אלה, מי סועד/ת את החולה וכיצד זה מתחלק בין הסועדים השונים (אם יש נוספים ציין/י את הקרבה), ציין/י מהו הצפי להמשך ומהי בקשתך הקונקרטית.

חתימת העובד/ת _____
 תאריך ____/____/____

חוות דעת ממונה ישיר: _____

_____/_____/_____
תאריך

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

חלק זה ימולא על-ידי יחידת המשרד הראשי

- מכסת ימי המחלה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____.
- מכסת ימי החופשה המעודכנת ליום ____/____/____ הינה _____.
- מספר הימים שנעדר העובד/ת עקב המחלה _____ מספר הימים שנוכו _____/_____.

מחופשה

ימי מחלה

חוות דעת עובד/ת רווחה:

_____/_____/_____
תאריך

חתימה

שם פרטי

שם משפחה

החלטת הוועדה המשרדית:

חתימת חברי הוועדה

חבר

חברה

יו"ר הוועדה

חברה

סמנכ"ל בכיר למינהל, מנהלת תחום רווחה, מנהל אגף משאבי אנוש
למינהל, תקציב ומשאבי-אנוש