



מדינת ישראל

טופס בקשה להפחתת שעות

שם מתנדב/ת: _____ מס' ת"ז: _____

הגוף המוכר: _____ שם הרכז/ת: _____

הגוף המפעיל: _____ מקום השירות: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

שם הממונה במקום השירות: _____

מס' שעות השירות השבועיות המבוקש: _____ לתקופה של _____ חודשים.

הסיבה לבקשה לקיצור שעות המכסה השבועית. נא לצרף מסמכים היכולים לסייע בקבלת ההחלטה.

תאריך: _____

חתימת המנהל/ת במקום השירות: _____

חותמת מקום השירות:

חתימת נציג/ת הגוף המוכר: _____

חותמת הגוף המוכר:

המלצת הממונה:

החלטת המנהל:

מאשר לא מאשר

חתימת המנהל _____ חותמת המנהל