



מדינת ישראל

שם ממלא הטופס: _____
שם הגוף המוכר: _____
תפקיד ממלא הטופס: _____

פרטי המתנדב (אם אפשר, למעט במקרה של הטרדה מינית או כל אירוע חריג אחר בו ראוי לשמור על חיסיון של פרטי המתנדב):

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת"ז: _____
כתובת קבועה: _____ טלפון נייד: _____

פרטי האירוע (100 מילים לפחות):

מיקום האירוע:

האם במקום השירות? כן/לא האם בדרך לשירות? כן/לא האם בדרך חזרה מהשירות? כן/לא
שם הרחוב: _____ מס' הבית: _____ שם הישוב: _____
שם המסגרת בה קרה האירוע: _____

זמן האירוע – תאריך ושעה: _____

פרטי הרכזת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ טלפון נייד: _____

פרטי הגוף המפעיל ומקום השירות:

שם הגוף המפעיל: _____ שם מקום השירות: _____

כתובת מדויקת של מקום השירות:

שם הרחוב: _____ מס' הבית: _____ שם הישוב: _____
שם המסגרת בה קרה האירוע: _____

פרטי איש/אשת הקשר מטעם הגוף המפעיל:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תפקיד: _____
טלפון נייד: _____



מדינת ישראל

אופן הטיפול של הגוף המוכר באירוע:

המשך הטיפול של הגוף המוכר:

חתימת מנכ"ל הגוף המוכר

תאריך

שם מנכ"ל הגוף המוכר

חתימת העו"סית של הגוף המוכר

תאריך

שם העו"סית של הגוף המוכר

למילוי ע"י מנהלת תחום שירות ופניות ציבור ברשות – המשך הטיפול:

למילוי ע"י מנהלת תחום שירות ופניות ציבור ברשות – סגירת האירוע:
