

נספח 2019/1/4.2 א' – טופס אישור מחלה

פרטי המתנדב/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת"ז: _____ כתובת קבועה: _____

טלפון: _____

מקום השירות: _____

כתובת מקום השירות: _____

טלפון: _____ הממונה במקום השירות: _____

נעדרתי מהשירות מתאריך _____ עד תאריך _____ סה"כ ימים: _____

הסיבות להיעדרות בשל מחלה/ הפסקת שירות מטעמי בריאות/ חזרה לשירות (לפרט, בהדפסה או בכתב ברור):

מצורפים בזה אישורים רפואיים הנוגעים לכל תקופת ההיעדרות, וכן מכתבי לעניין נסיבות ההיעדרות ומהלך המחלה.

אני מבקש/ת להכיר בתקופת היעדרות זו כתקופת שירות.

חתימת המתנדב/ת: _____ תאריך _____



מדינת ישראל

אישור הגוף המוכר

הרינו פונים לקבלת החלטת מנהל תחום פיקוח ובקרה בעניין הבקשה להכיר בתקופת היעדרות כתקופת שירות, ומאשרים הסכמתנו לבקשה.

שם הגוף המוכר

שם הרכז/ת	תאריך	חתימה
מנהל הגוף המוכר	תאריך	חתימה

טיפול על ידי הרשות לשירות לאומי-אזרחי :

החלטת הוועדה - מתאריך: _____

- [] לאשר היעדרות חריגה _____
 - [] לא לאשר תקופת היעדרות חריגה _____
 - [] לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או מחמת נכות _____
 - [] לא לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או נכות _____
 - [] לאשר חזרה לשירות למי ששירותו הופסק מטעמי בריאות _____
 - [] לא לאשר חזרה לשירות למי ששירותו הופסק מטעמי בריאות _____
- ♦ היעדרות כוללת מעל 90 יום לא תחשב כשירות.

הרופא	נציג אגף הפיקוח	תאריך
-------	-----------------	-------