



טופס בקשה לאישור היעדרות חריגה בשל מחלה

פרטי המתנדבת:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

ת.ז. _____ כתובת קבועה _____ טלפון _____

מקום השירות _____

כתובת מקום השירות _____

טלפון _____

הממונה במקום השירות _____

סמן בעיגול את הסעיף הרלוונטי:

1. מספר ימי מחלה במהלך תקופת השירות _____

מספר ימי היעדרות נוספת _____

סה"כ _____

2. הפסקת שירות מטעמי בריאות

תאריך הפסקת השירות בפועל _____

הסיבות להיעדרות בשל מחלה (לפרט, בהדפסה או בכתב ברור):

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

אני מבקשת להכיר בתקופת היעדרות זו כתקופת שירות.





**רשות השירות
הלאומי-אזרחי**
سلطة الخدمة الوطنية-مدنية
Authority for National-Civic Service



מדינת ישראל

ויתור על סודיות רפואית

הנני מוותרת על סודיות רפואית, ומרשה בזה למסור את המידע הרפואי הנוגע לי לאחראי, ו/או לכל מי שהאחראי יורה על מסירת המידע לו.

חתימת המתנדבת: _____ תאריך: _____

אישור הגוף המוכר

הרינו פונים לקבלת החלטת האחראי בעניין הבקשה להכיר בתקופת ההיעדרות כתקופת שירות, ומאשרים הסכמתנו לבקשה.

שם הגוף המוכר _____

_____	_____	_____
חתימה	תאריך	שם הרכז/ת
_____	_____	_____
חתימה	תאריך	מנהל הגוף המוכר





**רשות השירות
הלאומי-אזרחי**
سلطة الخدمة الوطنية-مدنية
Authority for National-Civic Service



מדינת ישראל

לטיפול על ידי רשות השירות האזרחי לאומי-

שם המתנדבת _____ מס' זהות: _____

הופנתה לחוות דעת רפואית, בתאריך _____

התקיימה התייעצות עם רופא מומחה, בתאריך _____

הופנתה לוועדה בראשות רופא, בתאריך _____

המלצת הוועדה / חוות דעת מתאריך- _____

החלטת האחראי:

לאשר היעדרות (עד 90 יום לכל היותר) (

לא לאשר היעדרות) (מעל 90 יום) (

לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או מחמת נכות





רשות השירות
הלאומי-אזרחי
سلطة الخدمة الوطنية-مدنية
Authority for National-Civic Service



מדינת ישראל

לא לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או נכות

* היעדרות כוללת מעל 90 יום לא תחשב כשירות.

תאריך

חתימת האחראי

האחראי