



## 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 היעדרות, וכן מכתבי לעניין נסיבות היעדרות 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

_____	_____	_____
חתימה	תאריך	שם הרכזת/
_____	_____	_____
חתימה	תאריך	מנהל הגוף המוכר

לטיפול 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