



נספח ב' –

טופס בקשה לאישור ימי מחלה חריגים לטיפול בבן משפחה

שם היחידה: _____

טלפון: _____

תאריך: _____

מרכז תע"צ 9508- השרות הסוציאליבקשה לאישור ימי מחלה חריגים לטיפול בבן משפחהפרטי העובד:

מ.ע.	שם משפחה	שם פרטי	אחוז משרה ובסיס יום של
העובד			

ימי חופשה צבורים	ימי מחלה צבורים

סיבת הבקשה:

1. האם ישנם בני משפחה נוספים המסייעים? כן/ לא. פירוט:



2. האם בן משפחה מסתייע במוסדות סיעודיים? כן/ לא. פירוט:

5. האם בן משפחה נמצא במסגרת כלשהי? (גן, ביה"ס, מוסד) כן/ לא. פירוט:

אישורים נדרשים לבקשה:

6. סכ"ר הכולל המלצת מפקד יחידה בדרגת סא"ל/אע"ב.

7. מסמכים רפואיים רלוונטיים.

8. דו"ח עו"ס השירות הסוציאלי.

חתימת העובד:

_____	_____
תאריך	חתימת העובד

חתימת קצין משא"ן ע"צ

_____	_____	_____	_____
מ.א/מ.ע	שם מלא	חתימת קצין האזרחים	תאריך