

נספח ו' - תרומת ימי מחלה - טופס התחייבות

תרומת ימי מחלה

אני החתום מטה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת"ז _____

מאשר בזאת, כי לאור היעדרותו של חברי לעבודה גב' /מר _____ לצורך טיפול
בבן משפחתו גב' /מר _____, תרמתי לזכותה / לזכותו _____ ימי מחלה.
ידוע לי כי ימי מספר ימי המחלה העומדים לרשותי לאחר תרומה זו נכון להיום הינם
_____ ימי מחלה.

למען הסר ספק, תרומה זו נתרמה עקב רצוני האישי ובהתנדבות.

אני מאשר כי בטרם התרומה הוסברו לי על-ידי נאמן המשרד בשיתוף עם האחראי במשרד משמעות
התרומה והשלכותיה, כי כל שאלותיי בנושא נענו וכי מובנת לי משמעות התרומה והשלכותיה.

ידוע לי כי הימים הנתרמים נחשבים כ"ימי מחלה מנוצלים" על-פי פרק משנה 33.2 לתקשי"ר וכי לא
אהיה זכאי לכל זכות או הטבה בגינם.

אני מצהיר/ה כי אין לי ולא יהיו לי ו/או לכל הבא במקומי או מטעמי טענות, דרישות או תביעות, מכל
סוג שהוא בהקשר לתרומת ימי המחלה.

תאריך _____ / _____ / _____ חתימת העובד _____