



מדינת ישראל

אל: מנהלת תחום בכיר רווחה - נציבות שירות המדינה

בקשה להיעדרות בשל מחלת בן/ת משפחה במקרים רפואיים קשים וחריגים
(פסקה 33.257 לתקשי"ר)

טופס זה יצורף למכתב פנייה רשמי של המשרד

חלק זה ימולא על-ידי העובד/ת - יש לצרף אישורים רפואיים תומכים

פרטי העובד/ת

| שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות | משרד | יחידה |
|----------|---------|----------|------|-------|
| | | ס"ב | | |

| תפקיד | ותק בשירות | גיל | חלקיות המשרה | מס' ילדים | גילאים |
|-------|------------|-----|---|-----------|--------|
| | | | <input type="checkbox"/> מלא <input type="checkbox"/> חצי משרה אחר _____ | | |

עיסוק/ה של בן/ת הזוג: _____ מקום העבודה _____ תפקיד _____
עקב מחלה קשה או כרונית של בן/ת משפחתי הנני מבקש/ת לאפשר לי לנצל ימי מחלה מתוך:
☐ המכסה הצבורה של ימי מחלתי ☐ המכסה הצבורה של ימי חופשתי
(בכל מקרה מכסת ימי חופשתי אינה עולה על 22 ימים, כנדרש לצורך הפניה לוועדה).

הקרבה של בן/ת המשפחה: _____
(ציין/י את סוג הקרבה) שם משפחה _____ שם פרטי _____

תיאור המקרה: (ציין/י תאריכים מדויקים על המחלה, ממתני אינך עובד/ת, כמה ימים סה"כ נעדרת עד עתה, ממה נוכו ימים אלה, מי סועד/ת את החולה וכיצד זה מתחלק בין הסועדים השונים (אם יש נוספים ציין/י את הקרבה), ציין/י מהו הצפי להמשך ומהי בקשתך הקונקרטית.

חתימת העובד/ת _____ תאריך _____/_____/_____

חלק זה ימולא על-ידי המשרד/היחידה

☐ מכסת ימי המחלה המעודכנת ליום _____/_____/_____ הינה _____
שנה חודש יום

☐ מכסת ימי החופשה המעודכנת ליום _____/_____/_____ הינה _____
שנה חודש יום

מספר הימים שנעדר העובד/ת עקב המחלה _____ מספר הימים שנוכו _____
מחופשה ימי מחלה

| שם משפחה | שם פרטי | חתימה | תאריך |
|----------|---------|-------|-------|
| | | | |

| שם משפחה | שם פרטי | חתימה | תאריך |
|----------|---------|-------|-------|
| | | | |

ימולא על-ידי הוועדה

| שם משפחה | שם פרטי | חתימה | תאריך |
|----------|---------|-------|-------|
| | | | |

מנהלת רווחה נש"מ לשכה המשפטית נש"מ