



**טופס בקשת היתר לפי חוק עבודת נשים לפיטורים או פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה**

\* שדה חובה מסומן בכוכבית

| מידע כללי  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> עילת הבקשה                                | <input type="checkbox"/> פיטורים <input type="checkbox"/> פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה   |
| <input type="checkbox"/> נסיבות מוגנות                             | (חובה לציין X במשבצת המתאימה)  |
| <input type="checkbox"/> עילת פיטורין / פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה | <input type="checkbox"/> הריון (סעיף 3.1 לנוהל) <input type="checkbox"/> שישים ימים מתום חופשת הלידה (סעיף 3.2 לנוהל)<br><input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות בשל מצב רפואי (סעיף 3.3 לנוהל) <input type="checkbox"/> חופשה ללא תשלום וכן שישים ימים לאחר החופשה ללא תשלום (סעיף 3.4 לנוהל)<br><input type="checkbox"/> שישים ימים לאחר היעדרות עובד לפי סעיף 7(ג) (סעיף 3.5 לנוהל) <input type="checkbox"/> היעדרות ללא תשלום של עובדת מניקה וכן שישים ימים לאחר היעדרות (סעיף 3.6 לנוהל)<br><input type="checkbox"/> היעדרות בגין טיפולי פוריות והגנה בגין טיפולי פוריות (סעיפים 3.7 ו-3.8 לנוהל) <input type="checkbox"/> שהייה במקלט לנשים מוכות (סעיף 3.9 לנוהל)<br><input type="checkbox"/> אחר (פרט/י) <input type="checkbox"/> הורה מיועד (**מכות: פונדקאות / אימוץ / אומנה) |
| <input type="checkbox"/> צמצומים                                   | <input type="checkbox"/> תפקוד   |
| <input type="checkbox"/> הפסקת פעילות                              | <input type="checkbox"/> מכירת עסק   |
| <input type="checkbox"/> פרוק/כינוס נכסים/פשיטת רגל                | <input type="checkbox"/> נסיבות חמורות   |
| <input type="checkbox"/> העסקה זמנית/סיום חוזה                     | <input type="checkbox"/> אי-המשך העסקה בכפוף לסעיף 12א' לחוק העסקת עובדים על ידי קבלני כוח אדם   |

**פרטי המעסיק (מבקש ההיתר) \***

|                                       |                               |                                      |                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תאגיד        | <input type="checkbox"/> פרטי | <input type="checkbox"/> קבלן כח אדם | <input type="checkbox"/> שירות ציבורי |
| שם עסק / תאגיד / פרטי / שירות ציבורי: | מס מזהה (ח.פ.ע.מ.ת.ז.)        | מס' טלפון במשרד:                     | מס' טלפון נייד                        |
| תחום העסק                             | האם חבר בארגון מעסיקים?       | מספר מועסקים בעסק                    | מספר מועסקים בעסק                     |
| כתובת:                                | ישוב:                         | דוא"ל (חובה):                        | מס' פקס:                              |
| מיקוד:                                | מיקוד:                        | גברים                                | ** מספר מפוטרים                       |
| מספר זהות:                            | שם פרטי:                      | נשים                                 |                                       |

**פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת \* חובה לפרט בעילות של: סיום פעילות / צמצומים**

|                                 |   |   |                                      |
|---------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> מנהל/ת | <input type="checkbox"/> אחראי/ת משאבי אנוש | <input type="checkbox"/> אחראי/ת על העסקת העובד/ת | <input type="checkbox"/> אחר (פרט/י) |
| שם משפחה:                       | שם פרטי:                                    | מספר זהות:  | מספר זהות:                           |

**פרטי המעסיק בפועל או מזמין השירות (\* חובה למלא אם קיים)**

|                                |                               |                                       |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> תאגיד | <input type="checkbox"/> פרטי | <input type="checkbox"/> שירות ציבורי |
| שם העסק/חברה/פרטי:             | מס מזהה (ח.פ.ע.מ.ת.ז.)        | מספר זהות:                            |
| כתובת:                         | ישוב:                         | מיקוד:                                |





|  |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------|
| מס' טלפון במשרד:   | מס' פקס:                 | דוא"ל:             |
| <b>פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת מטעם המעסיק בפועל או מזמין השירות</b> |                          |                    |
| תפקיד:   | מנהל/ת                   | אחראי/ת משאבי אנוש |
|  | אחראי/ת על העסקת העובד/ת | אחר (פרט/י)        |
| שם מלא:  | טלפון:                   | דוא"ל:             |
| האם הבקשה מוגשת באמצעות עורך דין? * <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא            |                          |                    |

|   |          |        |
|---|----------|--------|
| <b>פרטי עורך הדין (חובה למלא אם קיים)</b> |          |        |
| שם משפחה:                                 | שם פרטי: |        |
| כתובת משרד:                               | ישוב:    | מיקוד: |
| מס' טלפון במשרד:                          | מס' פקס: | דוא"ל: |

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| <b>* פרטי העובדת</b>  |   |  |
| שם משפחה:             | שם פרטי:  |  |
| מספר זהות:            | כתובת דוא"ל (חובה):                                     | העובדת צפויה ללדת בתאריך: (אם בהריון)  |
| תפקיד:                |   | העובדת ילדה בתאריך: (אם שוהה בחופשת לידה)  |
| כתובת:                | ישוב:   | מיקוד:   |
| טל' בבית:             | *מס' טלפון נייד:  | מס' פקס:   |
| מספר ימי עבודה בשבוע: | מספר שעות עבודה ביום:                                   | שכר ממוצע חודשי:   |
| שכר ממוצע שעתי:       | אופי העסקה  | היקף משרה  |
| עובד/ת במשמרות        | <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | תפוקה  |
|                       |   | שעת/י <input type="checkbox"/> חודשי/י <input type="checkbox"/> חלקי <input type="checkbox"/> מלא/ה <input type="checkbox"/> |

|  |           |        |
|--|-----------|--------|
| <b>פרטי העסקה אצל המעביד</b>                 |           |        |
| מועסק/ת מתאריך:                              | עד תאריך: | תפקיד: |
| <b>פרטי העסקה אצל המעסיק בפועל (אם קיים)</b> |           |        |
| מועסק/ת מתאריך:                              | עד תאריך: | תפקיד: |

פתיחת תיק בקשה וקביעת מועד לזימון תבצע רק לאחר קבלת תופס בקשה חתום, כאשר כל פרטיו מולאו בו, וצורפו כלל המסמכים והאסמכתאות כנדרש לרבות אישור מסירת הבקשה על נספחיה לעובד/ת (כמפורט בנספח המסמכים הנדרשים על-פי סוגי העילות)

חתימת מגיש הבקשה





תפקיד מגיש הבקשה

מספר זהות מגיש הבקשה

שם מגיש הבקשה

חתימת מגיש הבקשה

תאריך

חתימת המעסיק בפועל (חובה למלא אם קיים)

תפקיד

מספר זהות מעסיק בפועל

שם פרטי ומשפחה של המעסיק בפועל

חתימת המעסיק בפועל

תאריך

