

הטופס ימולא במקור והעתק
לאחר מילוי סעיף א' ע"י
המבקש הוא יועבר לכא"ב במחוז

בקשה לתוספת ימי מחלה במחצית המשכורת בשכר

א. פרטי המבקש (ימולא ע"י עובד ההוראה)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מצב משפחתי
כתובת פרטית:	רחוב	מס' בית	שם היישוב	מיקוד
שם בית הספר / הגן	טלפון			

נעדרתי עקב מחלה ברציפות מתאריך _____ עד תאריך _____ וניצלתי את ימי המחלה שעמדו לרשותי.
החל מתאריך _____ אינני זכאי עוד למשכורת.
מצ"ב מסמכים רפואיים, הכוללים גם הערכה על תקופת ההעדרות. אבקשכם לאשר לי תוספת ימי מחלה במחצית המשכורת.
תאריך _____ חתימה _____

ב. לשימוש פקיד כא"ב במחוז

תאריך התחלת עבודה	דרגה	ותק בהוראה	ותק בשירות	היקף ובסיס המשרה
העובד נעדר מעבודתו מטעמים רפואיים מתאריך _____		בתאריך _____ מיצה את כל ימי המחלה העומדים לזכותו.		
בהתאם למסמכיו הרפואיים יעדר, עפ"י הערכת הרופא המטפל, עד תאריך _____		קביעת לשכת הבריאות המחוזית מיום _____ הן כלהלן _____		
תאריך _____ שם _____ חתימה _____				

ג. חוות דעת רופא המשרד

מאשר / לא מאשר ההעדרות מיום _____ עד יום _____ (מעל חודשיים ועד 6 חודשים)

מאשר / לא מאשר ההעדרות חלקית בהיקף של _____ ש"ש מיום _____ עד יום _____ .

מאשר / לא מאשר ההעדרות מיום _____ עד יום _____ (במקרים חריגים לפי שיקול דעת כא"ב גם לתקופה הקצרה מחודשיים).

תאריך _____ שם _____ חתימה _____

ד. החלטת מנהל גף כח אדם בהוראה במחוז

לאשר לעובד ההוראה, גב'/מר _____ תוספת ימי מחלה בשכר מתאריך _____ עד תאריך _____ במחצית המשכורת, מעבר לזכות הצבירה.

לא לאשר תוספת ימי מחלה בשכר, מהנימוקים הבאים:

מיצה חופשה כנ"ל במשך השנתיים האחרונות.
 לא השלים 3 שנות שירות במדינה.
 הבקשה לא הומלצה ע"י לשכת הבריאות המחוזית או רופא המשרד.
 נעדר פחות מ-7 ימים.

תאריך _____ חתימה _____