

עמוד 1 מתוך 1

|   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> </div> |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | לשימוש<br>פנימי<br>בלבד<br>(סריקה) |
|   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">סוג המסמך</p>  |  |  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">דפים</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
|   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |
|   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                    |

חותמת קבלה

**המוסד לביטוח לאומי**  
 מינהל הגמלאות  
 אגף שיקום



**הסכמה למתן חוות דעת  
 בנושא כושר השתכרות ללא  
 נוכחות**

|   |          |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |          | <b>פרטים אישיים</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| מספר זהות ס"ב   | שם משפחה | שם פרטי             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table> |          |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |          |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |               |
|---|---------------|
|   | 2             |
| הצהרה   |               |
| <p>אני מסכים בזאת שעובד שיקום ייתן חוות דעת בנוגע לכושר השתכרותי על סמך שיחה טלפונית או זום, שיחה המהווה חלופה לפגישה אישית בסניף. ידוע לי שחוות דעת זאת של פקיד השיקום, ניתנת לצורך בדיקת זכאותי לקצבת נכות.</p> |               |
| תאריך _____   | חתימה ✕ _____ |