



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	מס' זהות / דרכון 0 1 סוג המסמך דפים
------------------------------------	--

אישור השתייכות החוקר למוסד מדינה

(למילוי ע"י מוסד החוקר ולאישור היועץ
המשפטי של המוסד לביטוח לאומי)

אישור

אני מאשר בזאת כי החוקר

שם משפחה החוקר	שם פרטי של החוקר	מספר זהות
----------------	------------------	-----------

מועסק במוסד זה בתפקיד:
 תלמיד מן המניין במוסד זה

שם המוסד	שם היחידה, המחלקה החוג, או הפקולטה בו מועסק החוקר
----------	---

תפקיד הגורם המאשר _____ תאריך _____ חתימה וחותמת * _____