

הצהרה על העדרות בגין מחלה קשה של בן/בת זוג

שם העובד/ת _____ ת.ז. _____ מחלקה: _____ טל' _____

פרטי בן/בת הזוג

שם _____ ת.ז. _____ ת.לידה _____

העדרות מתאריך _____ עד תאריך _____ בשעות מ _____ עד _____

אישור רפואי על מחלת בן/בת זוג

אישור על ליווי לטיפולים רפואיים

חתימת העובד/ת _____ תאריך _____

שימוש מדור נוכחות: סמל 494

עודכן בתאריך _____

הערות: _____
