

אישור העסקה

עבור מסלולים קליניים : ילד ונוער ולחץ וטראומה

תאריך: \_\_\_\_\_

**לכבוד:** תואר שני בעבודה סוציאלית, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל  
אוניברסיטת תל אביב

**הנדון: אישור העסקה כעובד סוציאלי**

שם מקום העבודה \_\_\_\_\_  
הננו לאשר כי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
(שם פרטי ומשפחה)

עבד/ה כעובד/ת סוציאלי/ת במסגרתנו  
בין התאריכים (יום, חודש ושנה): \_\_\_\_\_ ל \_\_\_\_\_  
מקום עבודה \_\_\_\_\_ אחוזי משרה \_\_\_\_\_

התפקיד שביצע/ה כעובד סוציאלי:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

בכבוד רב,

\_\_\_\_\_ תאריך  
\_\_\_\_\_ שם ומשפחה  
\_\_\_\_\_ תפקיד  
\_\_\_\_\_ חתימה+ חותמת הארגון/מסגרת

דרכי יצירת קשר לאימות הפרטים:

\_\_\_\_\_