

תעודת מוסד

לפי חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכון שירות לקטינים, התשס"א -
2001
(להלן - החוק)

שם המוסד 1 בית חולים אברבנאל סוג המוסד 2 בית חולים פסיכיאטרי

מספר רישום 3 _____ מען המוסד 1 קק"ל 15, בת ים

מיקוד _____ טלפון 03-5552613

אני הח"מ אסתר גולה גולה שם משפחה 301938403
שם פרטי שם פרטי תעודת זהות תעודת זהות

מנהל המוסד 4 בית חולים אברבנאל / מנהל התאגיד _____
שם המשרד הממשלתי שם רשות מיקומית

מאשר כי תעודה זו ניתנת על ידי בעניין העסקתו במוסד של:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

אני מצהיר כי המוסד האמור הוא מוסד כהגדרתו בחוק.
ע"ש י. אברבנאל
רח"דון סטודנטית
בת-ים
תאריך _____

1. אם שם המוסד אינו ידוע בעת הגשת הבקשה, יצוין סוג המוסד בלבד, ואין צורך למלא את פרטי מען המוסד.
2. נא ציין את סוג המוסד מתוך הרשימה שלהלן:
בית ספר שלומדים בו קטינים, מוסד חינוכי שוהים בו קטינים, מעונות לקטינים, מעונות יום ומשפחתונים לקטינים, מרכזי תרבות נוער וספורט, מכוני כושר ומועדוני ספורט שבהם מתאמנים בין השאר קטינים, גן ילדים, גן חיות, גן שעשועים, תנועת נוער, עסק להסעה העוסק בין השאר בהסעת קבוצות קטינים, עסק העוסק בין השאר בארגון טיולים לקטינים או באבטחת קטינים, בריכת שחיה הפתוחה גם לקטינים, קייטנה, פנימיה, או מועדון שבהם שוהים קטינים, מרפאות ובתי חולים לילדים, מחלקות ילדים בבתי חולים.
3. אם התאגיד רשום על פי חוק.
4. נא מלא את האפשרות המתאימה מהבין ארבע האפשרויות: מנהל מוסד או מנהל תאגיד או אחראי במשרד ממשלתי או אחראי ברשות מקומית.