



בס"ד

מערך משאבי אנוש  
מדור נוכחות – טל' 7720, פקס 7384189

**הצהרה על העדרות בגין מחלת הורה/הורה של בן זוג (עפ"י חוק מס' 1442)**

שם העובד/ת: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ טל' פנימי: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_ (כפי שמופיע בתלוש המשכורת)

העדרות מתאריך: \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בשעות מ- \_\_\_\_\_ עד- \_\_\_\_\_

- א. אני הח"מ מצהיר/ה בזאת כי אבי/אימי מעל גיל 65.
- ב. החולה (ההורה) הפך להיות תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעילות יום-יום (כהגדרת המונח בסעיף 127 פג לחוק ביטוח לאומי).
- ג. אני מצהיר/ה כי אף לא אחד מאחי מימש זכאותו בפרק הזמן האמור לעיל וכי הורה שפרטיו רשומים להלן אינו נמצא במוסד סיעודי.
- ד. מצ"ב האישור הרפואי, ע"ש ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת העובד/ת: \_\_\_\_\_  
הערה: ניתן לנצל 6 ימים בשנה של העדרות, בשל מחלת הורה על חשבון ימי המחלה.