

מערך משאבי אנוש



אוניברסיטת בר-אילן

טלפון: 5318519/22

**הצהרה על היעדרות בגין מחלת ילד - לאבנת**

שם העובד \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_ טל. פנימי \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ מס' זהות כפי שמופיע בכרטיס המגנטי או בתלוש המשכורת)

היעדרות מתאריך \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ בשעות מ - \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

א. אני הח"מ מצהיר בזאת כי בת זוגי לא נעדרה מעבודתה ביום/בימים הנ"ל.

ב. מצ"ב האישור הרפואי.

\_\_\_\_\_ חתימת בת הזוג

\_\_\_\_\_ חתימת העובד

\_\_\_\_\_ תאריך