



**טופס בקשה לאישור היעדרות חריגה בשל מחלה**

**פרטי המתנדב/ת:**

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
 ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת קבועה: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_  
 מקום השירות: \_\_\_\_\_  
 כתובת מקום השירות: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_ הממונה במקום השירות: \_\_\_\_\_  
 נעדרתי מהשירות מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ סה"כ ימים: \_\_\_\_\_  
**הסיבות להיעדרות בשל מחלה (לפרט, בהדפסה או בכתב ברור):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מצורפים בזה אישורים רפואיים הנוגעים לכל תקופת היעדרות, וכן מכתבי לעניין נסיבות היעדרות ומהלך המחלה. אני מבקשת להכיר בתקופת היעדרות זו כתקופת שירות.

**ויתור על סודיות רפואית**

הנני מוותר/ת על סודיות רפואית, ומרשה בזה למסור את המידע הרפואי הנוגע לי לאחראי, ו/או לכל מי שהאחראי יורה על מסירת המידע לו.  
 חתימת המתנדב/ת: \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**אישור הגוף המוכר**

הרינו פונים לקבלת החלטת האחראי בעניין הבקשה להכיר בתקופת היעדרות כתקופת שירות, ומאשרים הסכמתנו לבקשה.

שם הגוף המוכר \_\_\_\_\_

שם הרכז/ת	תאריך	חתימה
מנהל הגוף המוכר	תאריך	חתימה

**לטיפול על ידי רשות השירות הלאומי-אזרחי:**

שם המתנדב/ת: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_  
 [ ] הופנה/תה לחוות דעת רפואית, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 [ ] התקיימה התייעצות עם רופא מומחה, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 [ ] הופנה/תה לוועדה בראשות רופא, בתאריך: \_\_\_\_\_  
 המלצת הוועדה / חוות דעת - מתאריך: \_\_\_\_\_

**החלטת האחראי:**

[ ] לאשר היעדרות (עד 90 יום לכל היותר) \_\_\_\_\_  
 [ ] לא לאשר היעדרות (מעל 30 יום) \_\_\_\_\_  
 [ ] לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או מחמת נכות \_\_\_\_\_  
 [ ] לא לאשר הפסקת שירות מטעמי בריאות או נכות \_\_\_\_\_  
 ♦ היעדרות כוללת מעל 90 יום לא תחשב כשירות.

האחראי	תאריך	חתימה
--------	-------	-------