



טופס הצהרת ימי מחלה

שם העובד : _____

שם משפחה : _____

מס. ת"ז : _____

מס. טלפון : _____

דוא"ל : _____

הריני להצהיר בזאת כי בחודש : _____ בשנה : _____

ניצלתי את ימי המחלה הבאים : מ _____ עד _____

סה"כ ימי מחלה : _____.

חתימת עובד: _____