

נספח א' - טופס בקשה אישי

מספר אישי	דרגה	שם מלא	מספר מקצוע	תפקיד
פיקוד / זרוע	יחידה	ותק במקצוע	ותק בתפקיד	
מספר טלפון נייד: _____				
מייל _____@_____				

הנני מבקש.ת בזאת לבחון הכרה בימי מחלה שניתנו לי במהלך ועקב פגיעת שירות כמפורט להלן:

1. תקופת ההכרה המבוקשת

מתאריך	עד תאריך	סה"כ ימי מחלה
<b>סה"כ ימי ההכרה המבוקשים</b>		

2. הסבר מפורט עבור ימי המחלה מבוקשים להחזר:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_