

הצהרה – מחלת הורה

1. אני הח"מ (שם פרטי ושם משפחה) _____ מודיע בזה, כי נעדרתי מעבודתי בשל מחלת הורה, ולצורך טיפול בו מיום _____ עד יום _____ (מצורף אישור רפואי בדבר היות ההורה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות יום-יום).

2. פרטי ההורה:

שם פרטי ושם משפחה: _____

מס' ת"ז: _____

תאריך לידה: _____

מען מגורים: _____

3. אני מצהיר כי אף אחד מאחי לא מימש זכאותו מכוח סעיף 1 לחוק בפרק הזמן האמור לעיל, וכי ההורה שפרטיו רשומים לעיל, אינו נמצא במוסד סיעודי.

4. מספר הימים שנעדרתי השנה תוך מימוש זכאותי לפי החוק הינו: _____.

_____ חתימת העובד

_____ תאריך