

תאריך: \_\_\_\_\_

## אישור

(ימולא ע"י הבעלות המעבירה)

1. אנו, מורשים בשם הבעלות המעבירה, מאשרים בזאת כי
- 2.

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_  
בעלת מ"ז מס' \_\_\_\_\_ ונולד/ה ביום \_\_\_\_\_  
(להלן המורה) הועסק/ה בבעלותנו \_\_\_\_\_  
לציין שם המוסד \_\_\_\_\_ סמל מוסד \_\_\_\_\_  
מיום \_\_\_\_\_ ועד יום \_\_\_\_\_

וצבר/ה אצלנו ביום עזיבת העבודה \_\_\_\_\_ ימי מחלה, כמפורט להלן:

- סה"כ הימים לזכות המורה: \_\_\_\_\_
- סה"כ ימים שנוצלו \_\_\_\_\_
- יתרת ימי המחלה הלא מנוצלים: \_\_\_\_\_

3. בהתאם להסכם בין המעסיקים לארגוני המורים, יהיה המורה זכאי לקבל את תמורת ימי המחלה שנותרו לו במקום עבודתו הקודם, בהתאם לכללים שנקבעו. אישור זה משמש אפוא הסכמה בלתי חוזרת להעביר למקום העבודה הנוכחי, לפי תביעת המורה, את תמורת ימי המחלה.
4. הננו לאשר בזאת כי המורה הנ"ל לא קיבל מאיתנו פיצוי פיטורין בגין תקופת עבודתו זו.
5. מצ"ב פירוט תקופת העבודה וחלקיות המשרה.

## אישור זה אינו תקף ללא פרטים אלו

נא לכתוב בכתב יד קריא וברור

## 5. פרטי הבעלות

שם החותם \_\_\_\_\_  
כתובת הבעלות \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_  
פקס \_\_\_\_\_

פרטי איש הקשר לביצוע החזר כספים למשרד החינוך

שם פרטי ומשפחה ומס' טלפון ישיר

חתימת מורשה הבעלות המעבירה

תאריך

אני מסכים לנ"ל \_\_\_\_\_  
חתימת העובד/ת