

הטופס ימולא במקור והעתק  
לאחר מילוי סעיף א' ע"י  
המבקש הוא יועבר לכא"ב במחוז

**בקשה לתוספת ימי מחלה במחצית המשכורת בשכר**

**א. פרטי המבקש** (ימולא ע"י עובד ההוראה)

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מצב משפחתי
כתובת פרטית:	רחוב	מס' בית	שם היישוב	מיקוד
שם בית הספר / הגן	טלפון			

נעדרתי עקב מחלה ברציפות מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ וניצלתי את ימי המחלה שעמדו לרשותי.  
החל מתאריך \_\_\_\_\_ אינני זכאי עוד למשכורת.  
מצ"ב מסמכים רפואיים, הכוללים גם הערכה על תקופת ההעדרות. אבקשכם לאשר לי תוספת ימי מחלה במחצית המשכורת.  
תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**ב. לשימוש פקיד כא"ב במחוז**

תאריך התחלת עבודה	דרגה	ותק בהוראה	ותק בשירות	היקף ובסיס המשרה
העובד נעדר מעבודתו מטעמים רפואיים מתאריך _____		בתאריך _____ מיצה את כל ימי המחלה העומדים לזכותו.		
בהתאם למסמכיו הרפואיים יעדר, עפ"י הערכת הרופא המטפל, עד תאריך _____		קביעת לשכת הבריאות המחוזית מיום _____ הן כלהלן _____		
תאריך _____ שם _____		חתימה _____		

**ג. חוות דעת רופא המשרד**

מאשר / לא מאשר ההעדרות מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ (מעל חודשיים ועד 6 חודשים)

מאשר / לא מאשר ההעדרות חלקית בהיקף של \_\_\_\_\_ ש"ש מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ .

מאשר / לא מאשר ההעדרות מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_ (במקרים חריגים לפי שיקול דעת כא"ב גם לתקופה הקצרה מחודשיים).

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**ד. החלטת מנהל גף כח אדם בהוראה במחוז**

לאשר לעובד ההוראה, גב'/מר \_\_\_\_\_ תוספת ימי מחלה בשכר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ במחצית המשכורת, מעבר לזכות הצבירה.

לא לאשר תוספת ימי מחלה בשכר, מהנימוקים הבאים:

מיצה חופשה כנ"ל במשך השנתיים האחרונות.  
 לא השלים 3 שנות שירות במדינה.  
 הבקשה לא הומלצה ע"י לשכת הבריאות המחוזית או רופא המשרד.  
 נעדר פחות מ-7 ימים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_