**המוסד לביטוח לאומי** מינהל הגמלאות אגף נפגעי עבודה

מס' זהות סוג

דפים המסמך

לשימוש פנימי בלבד )סריקה(

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

הפניה למתנדב

הריני אשר בזה, כי המתנדב/ת

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מספר זהות  ס"ב  {{ID}} | | | | | | | | | | | שם פרטי  {{First}} | שם משפחה  {{Last}} |
|  |  | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

כתובת

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מיקוד | יישוב | דירה | כניסה | מס' בית | רחוב / תא דואר |
|  | {{City}} |  |  |  | {{address}} |
| דואר אלקטרוני  {{Email}} | | טלפון נייד  {{number}}  0   אני מאשר קבלת הודעות  SMS | | | טלפון קווי  0 |

התנדב/ה לעבוד בתפקיד {{Role}}

למען )לציין זהות הגוף או האדם שלמענו נעשית הפעולה ומקום הפעולה:( עוגה בהפתעה

החל ביום {{starting}} לתקופה של {{period}}

הפניה זו ניתנה לעניין פרק יג:' תגמולים למתנדבים, לחוק הביטוח הלאומי )נוסח משולב,( התשנ"ה - ,1995

)פרק ט2 לחוק בנוסחו הקודם( שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה.



7.12.2023

שם וחתימת נותן ההפניה

חותמת

תאריך

(12.2009) 252 /בל